Statistisch-casuistischer

Bericht über die Irrenabtheilung des kgl. Juliusspitals zu Würzburg

für die Jahre 1873—1882 incl.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

hohen medicinischen Facultät

der

kgl. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt von

Karl Link

aus

Burghausen.

Berlin,
1884.

Referent:

Herr Prof. Dr. Geigel.

Seiner lieben Mutter

in Dankbarkeit gewidmet

vom

Verfasser.

Anschliessend an die Arbeit des Herrn Prof. *Jolly* (Bericht über die Irrenabtheilung des Juliusspitales zu Würzburg für die Jahre 1870, 1871, 1872), die derselbe als ehemaliger Assistenzarzt genannter Abtheilung publicirte, veröffentliche ich hiermit einen Bericht über die Jahre 1873—1882.

Die von meinem verlebten Chef, Herrn Geh. Rath *v. Rinecker* gehegte Absicht, periodisch erscheinende, kürzere Zeiträume umfassende Berichte zu publiciren, scheiterte bisher an dem häufigen Wechsel meiner Vorgänger. — Für mich war der Wunsch meines inzwischen leider dahingeschiedenen Chefs, das bei seiner Reichhaltigkeit nicht uninteressante statistische Material zu einer Publication zu verwerthen, maassgebend zur Veröffentlichung vorliegenden Berichtes.

Was die Einrichtung und Bedeutung unserer Irrenabtheilung anbelangt, so verweise ich auf die vorhin citirte Arbeit *Jolly*'s und die erst neuerdings erschienene Publication des Herrn Privatdocenten Dr. *Rieger* dahier (Ueber die Irrenabtheilung des Juliusspitales zu Würzburg und die Verhältnisse der Geisteskranken in Unterfranken überhaupt, siehe diese Zeitschrift Band 39, Heft 5).

Leider muss ich bemerken, dass abgesehen von Zuleitung von Quellwasser in die einzelnen Abtheilungen und Trockenlegung eines an die weibliche Abtheilung angrenzenden Brunnens, der seinerzeit (1870—1872) die Veranlassung zu einer von *Jolly* in der citirten Arbeit näher beschriebenen verheerenden Typhusendemie auf der Irrenabtheilung war, zeitgemässe Veränderungen nicht gemacht wurden. Es hat dies seinen Grund theils darin, dass eingreifende bauliche Veränderungen in der zwischen Curisten- und Pfründnerbau eingekeilten Irrenabtheilung nicht recht ausführbar waren, theils darin, dass solche Verbesserungen doch nur sehr theilweise den Anforderungen, die man an eine moderne Irrenabtheilung stellt und stellen muss, entsprochen hätten. Eine Verlegung unserer Abtheilung in einen eigenen Bau, resp. in einen Neubau ist die einzige Abhilfe. Die Vorarbeiten hierzu, die auf Anregung meines verstorbenen Chefs, der eine Aenderung des bestehenden Zustandes als eine unbestreitbare Pflicht der Humanität ansah und dieselben mit der ihm eigenen Energie betrieb, von fachkundiger Hand entworfen wurden, liegen vor. Mögen an competenter Stelle die Vorstellungen und Bitten für die im Interesse der Humanität und der psychiatrischen Lehrwissenschaft gelegene Erbauung einer neuen Irrenklinik einsichtsvolles Entgegenkommen finden.

Was die Eintheilung meines Berichtes anlangt, so zerfällt derselbe in zwei Theile, in den statistischen und casuistischen; der statistische Theil umfasst die Angaben über die Aufnahmefrequenz unserer Abtheilung, den Vergleich der letzteren mit den übrigen Irrenanstalten Bayerns, die Detaillirung der Aufgenommenen in eigentlich Stiftungsberechtigte (d. h. der früheren Diöcese Würzburg Angehörige), Bayern und Nichtbayern, über die weitere Unterbringung der Kranken nach deren Entlassung, die Resultate der Behandlung und endlich eine Tabelle über die verschiedenen Krankheitsformen mit deren einschlägigen Behandlungsresultaten. Endlich habe ich noch Einiges über die Anwendung von Zwangsmitteln und die bei uns üblichen Schlaf- und Beruhigungsmittel angeführt.

Der casuistische Theil enthält eine Reihe interessanter Krankengeschichten mit mehr oder minder kurzen Epikrisen;

am Schlusse des Berichtes findet sich eine Zusammenstellung der Todesursachen, die bei den im Laufe der 10 Jahre gestorbenen 166 Kranken nachweisbar waren.

Unter der Krankheit „epileptisches Irresein" habe ich auf Grund einiger Beobachtungen einige selbstgewonnene Resultate über die Körpergewichtsabnahme nach epileptischen Anfällen angeführt.

Würzburg im April 1883.

I. Statistisches.

Wie die untenstehende Tabelle ausweist, erfreut sich unsere Irrenabtheilung der zweitstärksten Aufnahmefrequenz unter den Irrenanstalten Bayerns. Sie gehört zu den in früherer Zeit viel discutirten Stadtasylen, deren Berechtigung als vorübergehenden Aufenthalt für Geisteskranke, insbesondere deren Werth für den klinischen Unterricht an der Hochschule heutzutage Niemand mehr in Zweifel zieht. Das Bedürfniss einer Irrenabtheilung für eine Stadt von der Grösse und Bedeutung Würzburgs ist wohl daraus am besten ersichtlich, dass von den in den letzten 10 Jahren Erkrankten und auf der Irrenabtheilung Aufgenommenen mehr denn ein Drittel in Würzburg selbst von der Krankheit befallen oder von auswärts hier zugereist waren.

Zwei Umstände sind es vor Allem, die unserer Abtheilung eine so hohe Aufnahmefrequenz sichern und zwar das Vorhandensein von 27 Freiplätzen für solche Kranke, die in dem Bezirke des früheren Bisthums Würzburg heimathberechtigt und mittellos sind, und der Wegfall der vielen Formalitäten, wie sie bei den meisten Irrenanstalten bestehen. Dadurch kommt es, dass frisch Erkrankte vorerst uns zugeführt werden, da in der unterfränkischen Kreisirrenanstalt die betreffenden Gemeinden für die wenn auch nicht bedeutenden Kosten aufkommen müssen.

Wird nun die Unheilbarkeit der Krankheit constatirt, so genügt es eines einfachen Antrages an die Gemeinden, um solche Kranke von der hiesigen Anstalt zu entfernen. Daraus ergiebt sich leider ein Uebelstand, den Herr Dr. *Rieger* in seiner Eingangs citirten Arbeit genauer gewürdigt hat, dass

nämlich solche Kranke theils aus materiellen Rücksichten, theils aus Indifferentismus nicht immer in die Kreisirrenanstalt verbracht, sondern wieder in ihrer Heimath untergebracht werden, um bei einer gerade günstigen Gelegenheit (neu auftretende Aufregungszustände der Patienten oder Conflicte derselben mit der Oeffentlichkeit), deren abermalige unentgeldliche Unterbringung im Juliusspitale zu versuchen.

Aus diesen Erörterungen ergiebt sich nun, dass die „Strömung“ auf unserer Irrenabtheilung eine viel lebhaftere ist, da die Bedingungen für die Aufnahme und Entlassung so einfache sind, und nur mit Berücksichtigung aller dieser Factoren erklärt es sich, dass bei einem so enormen jährlichen Zugang der durchschnittliche Krankenstand pro Tag 41 Köpfe beträgt.

Die Aufnahme und Entlassung von Kranken liegt nun hauptsächlich in der Hand des ärztlichen Vorstandes der Irrenabtheilung — ein Moment, der für die Ausbeutung des Materiales zu klinischen Zwecken nicht zu unterschätzen ist.

Die folgende Tabelle giebt die Zahlen der jährlich in die 8 Kreisirrenanstalten Bayerns, sowie in die hiesige Irrenabtheilung aufgenommenen Geisteskranken. Die einzelnen Zahlen sind dem Generalberichte über die Sanitätsverwaltung im Königreiche Bayern aus amtlichen Quellen bearbeitet von *G. F. Majer* entnommen. Die Daten über die Aufnahmen der Jahre 1880/81 verdanke ich der persönlichen Güte des genannten Verfassers (die an Delirium potatorum Leidenden und in die Kreisirrenanstalten Aufgenommenen sind nicht mit eingerechnet). — Siehe Tabelle I.

Will man den jährlichen Zugang in ein Procentverhältniss zu München bringen, so ergiebt sich folgende Abstufung:

München	100 pCt.,
Würzburg	74,3 pCt.,
Irrsee und Kaufbeuren	68,8 pCt.,
Erlangen	62,0 pCt.,
Klingenmünster . . .	60,7 pCt.,
Werneck	56,6 pCt.,
Deggendorf	42,4 pCt.,
Karthaus-Prüll . . .	41,0 pCt.,
Bayreuth	29,4 pCt.

Tabelle I.

Jährlicher Zugang [1])
in den einzelnen Irrenanstalten Bayerns während der Jahre 1873—1881 incl.

Jahr	Erlangen	Irrsee b. Kaufbeuren	Karthaus-Prüll	Werneck	Klingenmünster	München	Deggendorf	Bayreuth	Würzburg
1873	109	101	74	118	129	203	89	63	122
1874	119	101	81	123	130	221	87	66	136
1875	124	108	93	138	145	190	85	63	133
1876	134	129	99	141	146	241	94	71	170
1877	145	148	118	110	129	218	103	72	188
1878	154	167	88	128	139	216	98	62	181
1879	154	207	113	107	125	241	111	71	224
1880	166	233	75	134	134	251	95	72	166
1881	149	194	73	136	142	224	90	61	171
Sa.	1254	1381	834	1135	1219	2005	852	601	1491

Dabei muss allerdings in Erwägung gezogen werden, dass wiederholte Aufnahmen in einem und demselben Jahre auch wiederholt aufgeführt wurden. Rechnet man alle wiederholten Aufnahmen ab, so ergiebt sich folgende Tabelle, in der zugleich die überhaupt Aufgenommenen noch in 3 Unterabtheilungen geschieden sind und zwar in solche, die in dem Bezirke des früheren Bisthums Würzburg, dann in solche, die im übrigen Bayern und endlich solche, die in ausserbayrischen Staaten heimathsberechtigt sind. Ferner giebt die Tabelle Aufschluss über die Weiterversorgung der auf der hiesigen Abtheilung Entlassenen, von denen die meisten allerdings aus den oben angeführten Gründen wieder in ihre Heimath verbracht wurden. Siehe Tabelle II.

Da sich in den erwähnten Centralberichten von *Majer* Angaben über die wiederholten Aufnahmen von Kranken in einem und demselben Jahre nicht finden, so ist ein Vergleich mit den reducirten Zahlen nicht möglich. Doch ist a priori anzu-

[1]) Die an Delir. pot. Leidenden und in die Kreisirrenanstalten Aufgenommenen sind nicht miteingerechnet.

Tabelle II.

Jahrgang	Aufnahmen überhaupt	Nach Abzug der wiederholten Aufnahmen	Davon stiftungsberechtigt	Bayern	Nichtbayern	Verblieben vom Vorjahre	Gesammtsumme der verbliebenen u. Neuaufgenommenen	Davon nach Hause entlassen	In die Kreisirrenanstalt Werneck	In andere Irrenanstalten	Gestorben
1873	122 (59 M. 63 W.)	115 (56 M. 59 W.)	100	13	9	48	170	98	8	1	16
1874	136 (66 M. 70 W.)	130 (61 M. 69 W.)	118	8	10	47	183	101	7	3	20
1875	133 (73 M. 60 W.)	129 (71 M. 58 W.)	111	12	10	52	185	114	12	3	17
1876	170 (94 M. 76 W.)	154 (86 M. 68 W.)	145	8	17	39	209	124	8	5	22
1877	187 (117 M. 70 W.)	167 (102 M. 65 W.)	164	12	11	50	237	149	13	9	17
1878	181 (101 M. 80 W.)	167 (92 M. 75 W.)	157	10	14	49	230	157	13	3	17
1879	224 (129 M. 95 W.)	205 (118 M. 87 W.)	190	12	22	40	264	193	12	8	15
1880	166 (86 M. 80 W.)	155 (81 M. 74 W.)	148	7	11	36	202	120	16	8 [1])	12
1881	171 (80 M. 91 W.)	162 (75 M. 87 W.)	137	27	7	46	217	136	21	10	11
1882	166 (80 M. 86 W.)	152 (72 M. 80 W.)	141	12	13	39	205	126	17	15	17

[1]) Inbegriffene Transferirung auf andere Mittheilungen des Spitals.

nehmen, dass bei der mit weniger Formalitäten verbundenen Aufnahme und Entlassung an unserer Anstalt die Zahl der wiederholten Aufnahmen eine etwas beträchtlichere ist.

Die Abnahme des Zuganges in den Jahren 1880 und 1881 im Vergleich zu den Vorjahren erklärt sich wohl zumeist aus der Erhöhung der Verpflegungskosten, indem die bisher übliche Verpflegungsgebühr von 1,80 M. für weniger Bemittelte und 2,30 M. für bemittelte Patienten auf 2,20 M. resp. 2,50 M. erhöht wurden.

Ueber die jährliche Krankenbewegung in der Irrenabtheilung und das Resultat der Behandlung geben die zwei folgenden Tafeln Aufschluss. Siehe Tabelle III.

Die in der untersten Reihe stehenden Zahlen (885 M. 772 W.) stellen die Gesammtzahl der überhaupt aufgenommenen Kranken dar. Rechnet man hierzu die vom Jahre 1872 auf 1873 Uebergegangenen (21 M. 27 W.), so erhält man die Gesammtzahl 1705 (906 M. 799 W.). Hiervon sind jedoch die im Laufe der 10 Jahre wiederholt aufgenommenen Kranken in Abzug zu bringen. Zieht man dieselben ab, so erhält man 1451 (795 M. 656 W.) oder mit anderen Worten: es sind in den Jahren 1873—1882 1451 verschiedene Individuen und zwar 795 M. und 656 W. auf unserer Irrenabtheilung verpflegt worden. Siehe Tabelle IV.

Ehe ich zu dem eigentlich casuistischen Theile übergehe, möchte ich hier noch Einiges über die Behandlungsweise, die bei uns üblich war, anführen.

Was zunächst die Anwendung von Zwangsmaassregeln betrifft, so wird bei uns principiell das Non-restraint-System befolgt. Nichts destoweniger sind wir jedoch bei der mangelhaften Einrichtung der hiesigen Irrenabtheilung nicht so gar selten gezwungen, bei gewissen Kranken Beschränkungen eintreten zu lassen, die in modern eingerichteten Irrenanstalten allerdings entbehrlich sind. So sind wir z. B. genöthigt, lärmende, ihre Mitpatienten störende Kranke oft Tage und Wochen lang in Isolirzimmern unterzubringen, da uns ein im Freien gelegener Raum für derartige unruhige Kranke nicht zur Verfügung steht und in den allgemeinen Aufenthaltszimmern, deren wir in beiden Abtheilungen nur je zwei besitzen, zuviel Gelegen-

Tabelle III.

Ueber die jährliche Krankenbewegung in der Irrenabtheilung von 1873—1882.

Jahrgang	Vom Vorjahr verblieben		Neu aufgenommen		Gesammtzahl der Verpflegten		Geheilt [1]) entlassen		Gebessert entlassen		Ungeheilt entlassen		Gestorben		Am Jahresschluss in der Abtheilung verblieben	
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.
1873	21	27	59	63	80	90	10	17	16	24	19	21	10	6	25	22
1874	25	22	66	70	91	92	26	22	15	8	15	25	12	8	23	29
1875	23	29	73	60	96	89	23	14	25	28	17	22	14	3	17	22
1876	17	22	94	76	111	98	34	26	15	15	24	23	16	6	22	28
1877	22	28	117	71	139	99	41	22	33	14	34	28	10	6	21	29
1878	21	28	101	80	122	108	21	20	37	23	31	41	14	3	19	21
1879	19	21	129	95	148	116	28	19	51	39	41	34	12	3	16	20
1880	16	20	86	80	102	100	13	24	33	20	26	28	8	4	22	24
1881	22	24	80	91	102	115	10	13	31	31	36	46	8	3	17	22
1882	17	22	80	86	97	108	24	26	28	23	25	32	10	7	10	20
			885	772												

[1]) Hier sind diejenigen miteingerechnet, welche während der Beobachtung als geistig gesund befunden wurden.

Tabelle IV. Krankheitsformen der während der Jahre 1873—1882 behandelten Kranken und Resultate der Behandlung. (Die während des genannten Zeitraumes wiederholt Aufgenommenen sind wiederholt aufgeführt und als Resultat der Behandlung das bei jeder einzelnen Entlassung erzielte Resultat aufgeführt.)

Krankheitsform	Zugang			Geheilt			Gebessert			Ungeheilt			Gestorben			Auf der Abtheilung verbleiben		
	M.	W.	Sa.	M.	W.	Sa.	M.	W.	Sa.	M.	W.	Sa.	M.	W.	Sa.	M.	W.	Sa.
Melancholie	118	233	351	43	82	125	38	80	118	25	47	72	12	18	30	—	6	6
Manie	44	80	119	21	38	59	13	17	30	3	21	24	6	3	9	1	1	2
Prim. Stupor	15	22	37	4	5	9	1	4	5	7	12	19	2	—	2	1	1	2
Sec. Dementia	19	59	78	—	—	—	4	8	12	13	48	61	1	2	3	1	1	2
Folie raisonnante	5	3	8	—	—	—	3	1	4	2	2	4	—	—	—	—	—	—
Folie morale	23	6	29	1	—	1	15	4	19	6	2	8	—	—	—	1	—	1
Prim. Verrücktheit	92	75	167	1	1	2	35	25	60	55	42	97	—	4	4	1	3	4
Epilept. Irresein	71	21	92	19	8	27	39	8	47	9	3	12	3	1	4	1	1	2
Hyster. Irresein	3	81	84	—	16	16	2	28	30	1	33	34	—	2	2	—	2	2
Hypochondrie	37	5	42	15	1	16	12	3	15	10	1	11	—	—	—	—	—	—
Period. Irresein	13	13	26	4	5	9	6	4	10	3	4	7	—	—	—	—	—	—
Dementia paralytica	109	22	131	—	—	1	24	9	32	53	9	62	31	3	34	1	1	2
Lues cerebralis	4	3	7	—	—	—	2	1	3	2	1	3	—	—	—	—	1	1
Alkoholismus	111	12	123	43	2	45	43	6	49	13	4	17	10	—	10	2	—	2
Delirium tremens	38	1	39	19	1	20	6	—	6	1	—	1	12	—	12	—	—	—
Dementia senilis	20	28	48	—	—	—	—	2	2	13	20	33	6	6	12	1	—	1
Idiotie u. Imbecillität	54	49	103	—	—	—	24	17	41	29	29	58	1	2	3		1	1
Hebephrenie	21	15	36	8	3	11	5	3	8	8	9	17	—	—	—	—	—	—
Chorea m. Psychose	2	14	16	2	8	10	—	3	3	—	1	1	—	1	1	—	1	1
Irresein b. som. Krankh.	50	13	63	22	1	23	8	2	10	8	6	14	12	3	15	—	1	1
Irresein b. mat. Hirnläs.	31	10	41	1	1	2	5	—	5	7	5	12	18	4	22	—	—	—
Conträre Sexualempfindung	—	1	1	—	—	—	—	—	—		1	—	—	—	—	—	—	—
Gesund befunden	26	33	59	26	33	59	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Summa:	906	799	1705	229	203	432	285	225	510	258	300	558	114	49	163	10	20	30

heit zu Schädigungen geboten ist, es auch ausserdem durch die Nähe der anderen Abtheilungen zu allerlei Unzuträglichkeiten kommen würde. Selbstverständlich wird, so oft nur zulässig, der Versuch gemacht, solchen Kranken die Gesellschaft ihrer Mitpatienten zu Theil werden zu lassen.

Sehr selten und nur in den äussersten Fällen werden die eigentlichen Zwangsmittel (Jacke etc.) in Anwendung gebracht. So wurde z. B. im verflossenen Jahre die Zwangsjacke nur in 5 Fällen benutzt und zwar zweimal bei jungen kräftigen Epileptikern, die während eines äusserst heftigen Persecutions-Deliriums in der sinnlosesten Weise und mit einem enormen Aufwande von Kraft in der Zelle herumwütheten, ihr Bettzeug zerfetzten und eiserne Kloben, mit denen die Stabeinfassung des Ofens eingeschraubt war, herausrissen, nachdem Narcotica und selbst die Chloroformnarkose nur eine höchst vorübergehende Beruhigung erzielt hatte. Ferner bei zwei Weibern, die den Versuch machten, sich die Haare auszureissen, und endlich bei einer schwachsinnigen Kranken, die durch beständiges Einbohren der Finger in den After eine nicht unbedeutende Blutung herbeigeführt hatte.

Die Benutzung der leinenen Gurte zur Befestigung an das Bett fand bei 3 unruhigen weiblichen Kranken mit hochgradigem Oedem der Beine (in 2 Fällen bedingt durch Vitium cordis, in dem dritten durch eine Ovarialcyste) statt. Die aus Hanfleinen bestehenden Gurten wurden über die mit Federn gefüllten Zudecken geführt und verursachten nicht die geringsten merkbaren Eindrücke an den darunter liegenden Körperstellen. Mit einer mit Watte gefüllten ledernen Mütze wurde endlich eine an puerperaler Melancholie leidende Kranke bekleidet, die beständig den Versuch machte, mit dem Kopfe gegen die Wände anzurennen.

Auch die Anwendung von Arzneimitteln, insbesondere von Narcoticis ist bei uns eine ausgiebigere wie in den grösseren Irrenanstalten.

Der Mangel an freier Bewegung und die geringe Möglichkeit, die Kranken in's Freie zu verbringen und sie so recht austoben zu lassen, ausserdem noch die Rücksicht für die mehr ruhigen Patienten, die durch das nahe Zusammenleben mit den

lärmenden Kranken nur zu oft in ihrer nächtlichen Ruhe gestört werden, zwingen uns von Narcoticis einen ziemlich ausgedehnten Gebrauch zu machen.

Das bei uns weitaus gebräuchlichste und in den meisten Fällen auch wirksamste Mittel ist Chloral, welches in Dosen von 1—2 g Abends dargereicht, ruhigen und einen dem natürlichen fast gleichen Schlaf erzeugt. Ganz besonders eclatant ist seine Wirkung bei sehr aufgeregten und zerstörungssüchtigen Kranken, mehrmals im Tag und in gebrochenen Dosen (0,3—0,5) verabreicht. Das Maximum der Tagesdosis überstieg dabei niemals 3 g. In vielen Fällen trat schon nach eintägigem Gebrauche grössere Ruhe und mit dieser auch grössere Besonnenheit ein, ohne dass sich Störungen des Allgemeinbefindens gezeigt hätten. Ja in mehreren Fällen wirkte es geradezu appetiterregend.

Morphium und Opium wurden nur in selteneren Fällen in Anwendung gezogen, das letztere ausschliesslich nur bei Alkoholikern.

Was das Hyoscyamin anlangt, auf das in neuerer Zeit so grosse Hoffnungen gesetzt wurden, so hat dessen Anwendung bei uns durchaus nicht die von ihm gehegten Erwartungen erfüllt. In geringeren Dosen (0,005—0,01) wirkte es geradezu die Aufregung vermehrend, in stärkerer Dosis verursachte es häufig Erbrechen, Appetitlosigkeit, grosse Abgeschlagenheit und Herzpalpitationen, Einigemale sogar plötzlichen Collaps. Als Hypnoticum wirkte es in keinem von den 3 Fällen, bei welcher es in Anwendung gebracht wurde. Bemerken will ich noch, dass das Medikament in der von Illenau angegebenen Weise als krystallisirtes, reines Hyoscyamin verabreicht und von *Merk* in Darmstadt bezogen wurde.

II. Casuistisches.

Melancholie.

Von den unter diesem Sammelbegriffe zusammengefassten Krankheitszuständen wurden im Laufe der vorliegenden 10 Jahre nicht weniger als 321 Fälle oder 20,9 pCt. der überhaupt zur Beobachtung gekommenen Kranken behandelt, von denen genau $^2/_3$ auf das weibliche Geschlecht fallen.

Geheilt wurden von diesen Kranken 125 (oder 35,6 pCt.), gebessert 118 (33,6 pCt.), ungeheilt 72 (20,5 pCt.) entlassen. 30 (8,5 pCt.) starben, 6 (1,8 pCt.) verblieben auf der Abtheilung.

Einer Veröffentlichung werth erscheint folgende Krankengeschichte:

I. Emilie K., 40 J. alt, ledig. 2 Schwestern der Mutter haben je ein epileptisches Kind, sonst sind keine Anhaltspunkte für Heredität vorhanden.

Pat. wuchs unter sehr guten Verhältnissen mit 5 Geschwistern, die sämmtlich gesund und verheirathet sind, auf; mit 13 Jahren war sie zum ersten Male menstruirt. In ihrem 21. Jahre machte sie einen Scharlach durch, der völlige Taubheit hinterliess.

Kurze Zeit darauf entwickelte sich ein Sexualleiden einhergehend mit sehr profusen Menses, Kopfschmerzen, Magenschmerzen und Obstipation. Hierzu gesellte sich noch ein lange andauernder Blasenkatarrh. Zur Vermehrung ihrer Leiden wird sie jahrelang von anhaltendem Ohrensausen heimgesucht, das sie wie „Heulen und Klageton" beschreibt; in Worten fixirbare Hallucinationen waren dagegen nie vorhanden.

Trotz dieses Leidens hatte sie sich bis Winter 1876/77 bei natürlicher Begabung und heiterem geselligem Temperamente in allen möglichen Handarbeiten ausgebildet und in der Familie gut gehalten. Erst als im Sommer 1877 die Periode längere Zeit ausgeblieben war, zeigt sie sich sehr verstimmt, weint viel und unmotivirt. Dieser Zustand wird nach und nach so ausgesprochen, dass ihre Angehörigen Verdacht hatten, es möge eine Geistesstörung vorliegen.

Seit einigen Wochen fängt sie an beharrlich die Nahrung zu verweigern, schläft wenig mehr, läuft ängstlich herum, äussert beständig Kleinheitsideen, sie könne das Essen nicht bezahlen, habe nichts mehr u. dgl. Mehrfach wiederholte Selbstmordversuche veranlassen die Eltern, die Kranke auf die Abtheilung zu bringen (29. October 1878).

Gleich am 3. Tage ihres Aufenthalts musste mit der künstlichen Fütterung begonnen werden, da Pat. gar nichts zu sich nahm. Sie erhielt täglich mit der Sonde zweimal 2 Ltr. Milch mit Eiern, Weisswein und Fleischextract.

Bei dieser Ernährung hob sich ihr Körpergewicht. Die künstliche Fütterung musste, da die Kranke vollständig apathisch wurde und die Nahrung mit den stereotypen Worten: Ich darf nicht essen, ich kann's nicht bezahlen, verweigert wurde, 6 Monate lang ununterbrochen fortgesetzt werden. Pat. zeigt kein Verlangen fortzukommen, steht meist in zweckloser Weise auf dem Gange herum, hat für nichts Interesse, nur den Kleidungs- und Toilettegegenständen widmet sie eine geradezu peinliche Sorgfalt.

Während der Sommermonate 1879 hat sie kein einziges Wort gesprochen. Bei den verschiedenen Besuchen ihrer Verwandten zeigt sie sich völlig indifferent, nur einmal ging sie auf das Kind ihrer Schwester zu, reichte demselben freundlich die Hand, aber ohne ein Wort zu sprechen.

Im Laufe ihres Aufenthaltes hat sie häufig den Versuch gemacht, sich mit einem Leintuche zu erhängen, hat aber zu ihren Vorbereitungen stets soviel Zeit gebraucht, dass es der Wärterin mit leichter Mühe gelang, die Ausführung zu vereiteln.

Sept. 1879 weigert sie sich, während sie Mittags mit gutem Appetite isst, ihr Abendessen zu nehmen. Sobald man ihr aber einen Schlaftrunk mit 1,5 Chloral gegeben, verzehrt sie alles, was man ihr vorsetzt, mit grösstem Appetite.

Nach einem mehrere Wochen dauernden Erregungsstadium, in dem sie über Alles klagt, gehäufte Selbstmordversuche macht, stürmisch nach Hause verlangt, sinkt sie wieder in die frühere Apathie zurück.

Die appetitmachende Wirkung des Chlorals ist immer noch constant. Pat. isst nur, wenn sie Chloral bekommt. Morphium, das man hier und da versuchte, hat stets schlechte Wirkung, Pat. schläft nicht, isst am folgenden Tage nichts.

Nachdem sich ihr Zustand bis August 1880 in keiner Weise verändert zeigte, wird sie von ihren Angehörigen der billigen Verpflegung halber nach Pforzheim gebracht.

Hier entwickelt sich bei einer hereditär nur wenig belasteten und mit einem langjährigen erschöpfenden Genitalleiden behafteten offenbar hysterischen Person in directem Anschluss an das Klimakterium aber im leisen Anstieg eine mit Nahrungsverweigerung und Stupor einhergehende ausgesprochene Psychose, bei der die Wahnvorstellungen das für klimakterische Melancholie überhaupt Charakteristische (plötzlich arm geworden zu sein, das Nöthigste nicht mehr bestreiten zu können) an sich tragen [1]).

Auf Grund dieser Wahnvorstellungen wird nun von der Kranken 6 Monate lang die Nahrung absolut verweigert, so dass eine ununterbrochene künstliche Fütterung nöthig wurde, in Folge deren das Körpergewicht der äusserst decrepiden Kranken von 30 auf 37,5 Kg. steigt. Als sie jedoch später die Nahrung spontan zu sich nahm, zeigte sich die auffallende Erscheinung, dass K. nur dann genügende Mengen von Nah-

[1]) Wir haben bei fast allen ugseren Fällen im Klimakterium in ganz stereotyper Weise diese Wahnvorstellungen gefunden.

rung zu sich nahm, wenn ihr der gewöhnliche Schlaftrunk von 1,5 Chloral gereicht worden war. Diese appetitmachende Wirkung des Chlorals haben wir bei mehreren Kranken bemerkt, bei denen das Aussetzen des Mittels eine sehr wahrnehmbare Abnahme der Esslust herbeiführte.

Nicht unerwähnt möchte ich zwei kleine Züge in dem Verhalten der Kranken lassen. Es ist dies die Sorgfalt für ihr Aeusseres bei sonst völliger Apathie und das unerwartet freundliche Benehmen gegenüber dem Kinde ihrer Schwester.

Primärer Stupor.

Von dieser Krankheitsform ist ganz besonders ein Fall, weniger wegen seines wissenschaftlichen, als wegen seines forensischen Interesses einer kurzen Beleuchtung werth. Es handelte sich um eine hereditär belastete Kranke, bei der die psychische Störung in der Hochzeitsnacht ganz explosiv auftrat. Das Gericht erkannte auf Nichtigkeit der Eheschliessung.

II. Margarethe N., 25 J. alt, aufgen. 20. Nov. 1879. Die Mutter der Kranken litt vor mehreren Jahren an Melancholie, ein Bruder der Mutter war ebenfalls geisteskrank. Pat. hat 6 Geschwister, von denen ein Bruder wegen chronischer Manie längere Zeit in der hiesigen Irrenabtheilung verpflegt wurde. Ebenso war eine Schwester derselben wegen melancholischer Verstimmung in einer Anstalt.

Am 16. Nov. 1879 hatte Pat., die bis dahin in einfachen ländlichen Verhältnissen aufgewachsen, nie erheblich krank war, bei der nie Spuren von Geisteskrankheit bemerkt wurden, Hochzeit mit einem Bürger von O. Die Verbindung soll mehr durch Vermittlung, als durch gegenseitige Neigung zu Stande gekommen sein.

Am Hochzeitstage stellten sich bei der Pat. die Menses ein. Nachdem sie nun die erste Nacht bei einer Schwester verbrachte, gerieth sie am folgenden Abend bei fortdauernder Menstruation in eine ängstlich rathlose Stimmung, die sich nach kurzer Zeit in tobsüchtige Erregung umwandelte. Sie trug die Gegenstände im Haus durcheinander, lief ihrem Mann, der sie bei Nacht zu ihrer Schwester bringen wollte, auf der Strasse davon, schwang sich auf ein am Kirchplatz stehendes Crucifix, schrie und tobte. Als man sie von da wegbrachte, lief sie abermals davon und insultirte den Pfarrer vor dessen Fenster.

Diese Aufregung und Unruhe hielt neben grosser Abneigung gegen ihren Mann bis zum 20. Nov. an, wo sie in's Spital verbracht wurde. Hier ist sie nicht zu bewegen, eine Frage zu beantworten; still und in sich ver-

sunken, verhält sie sich gegen alle äusseren Einflüsse apathisch. In jähem Wechsel springt sie dann plötzlich auf, geberdet sich wie tobsüchtig, reisst einmal das Crucifix von der Wand und zerschlägt es, kniet dann wieder wie in Exstase nieder, hebt die Hände zum Himmel empor und betet. Gegen ihre Mitpatientinnen ist sie freundlich, spricht aber kein besonnenes Wort.

Auf die Frage „wollen sie zu ihrem Mann"? folgt immer ein tiefer Seufzer.

15. März 1880. Hat seit Anfang dieses Jahres kein Wort gesprochen, sitzt beständig stumm da, lacht nur laut hinaus, wenn etwas auf sie bezügliches im Zimmer gesprochen wird. Beim Besuche ihres Mannes spricht sie kein Wort, lacht aber unaufhörlich. Um sie zum Sprechen zu bewegen, wurde sie mehreremale faradisirt. Wenn sie den Apparat sah, lief sie eiligst davon, musste während der Application von zwei Wärterinnen gehalten werden, der Erfolg war aber stets nur ein geringer. Nur einigemale liess sie sich zu kurzen Antworten herbei. Ernährungszustand befriedigend.

10. Sept. 1880. Anhaltend Status idem. Bei einem zweimaligen Ausgange in die Stadt zeigte sie einiges Interesse, sprach auch ein paarmal ganz vernünftig. Auf der Abtheilung lässt sie sich zu gar keiner Arbeit bewegen, hockt herum und lässt den Speichel aus dem Munde fliessen. Die Menses sind während des ganzen Aufenthaltes und zwar während des Sommers nur zweimal aufgetreten, ohne merklichen Einfluss auf das psychische Befinden. Im Juli stellte sich plötzlich ein heftiger Fluor vag. et cervic. ein, der nach achttägiger Behandlung wieder schwand. Sie musste damals wegen Vaginismus vor der jedesmaligen Einführung des Speculums chloroformirt werden.

22. Febr. 1882. Ueberführung in die Kreisirrenanstalt, nachdem der Zustand während des Winters absolut derselbe geblieben war.

Von dem Ehemanne der N. wurde nun Klageantrag auf Nichtigkeitserklärung der Ehe gestellt. Das vom kgl. Landgerichte dahier eingeforderte Gutachten lautete nun folgendermaassen:

1) Die Genannte leidet an einer hereditären Psychose, die dermalen das Bild der Stupidität darbietet. Wenn eine Wiederherstellung auch nicht unmöglich, so ist dieselbe doch in höchstem Grade unwahrscheinlich und der Uebergang in unheilbaren Schwachsinn viel näherliegend.

2) Diese Geistesstörung war am 16. Nov. 1879, dem Tage der Trauung, bereits im Gange und die Marg. N. in Folge dessen zur Zeit der Trauung nicht mehr im ungetrübten Besitze ihres Urtheilsvermögens und ihrer freien Willensbestimmung.

Gründe: Die erbliche Natur der Geistesstörung geht aus folgenden Umständen hervor. Die Mutter der N. befand sich im Jahre 1869 wegen Melancholie längere Zeit auf der Irrenabtheilung des Juliusspitales; ebenso war ein Bruder der N. im J. 1875 mehrere Monate hierselbst wegen

periodischer Manie; endlich war im Frühjahr 1879 eine Schwester der N., Barbara Breunig, wegen melancholischer Verstimmung in der hiesigen Irrenabtheilung.

Nun ist aber für erbliche Geistesstörung charakteristisch: plötzlicher Ausbruch nachdem die Krankheit vorher kürzere oder längere Zeit in latentem Zustand bestanden hat. Ein solcher Zustand der Latenz, in welchem die Krankheit als solche schon vorhanden, ohne aber zu Manifestation nach aussen gelangt zu sein, kommt bekanntlich nicht blos bei physischen, sondern auch bei somatischen Krankheiten vor und ist derselbe unter allen Umständen als zur Krankheit selbst gehörig, somit als pathologisch zu betrachten.

Die Ursachen einer solchen Latenz können verschieden sein. Gewöhnlich liegt der Grund derselben darin, dass die Symptome der beginnenden Gemüthsverstimmung so unerheblich sind, dass dieselben von der Umgebung nicht bemerkt werden, bis ein intercurrentes Ereigniss, eine Scene, — bei der N. die Trauung, die darauf folgende Trennung von den Ihrigen u. s. w. — jenen Erscheinungen mit Einem Male ein prägnanteres Gepräge ertheilt. Häufig wirkt auch begünstigend auf das Zustandekommen einer solchen Latenz von Seite der Kranken das Bestreben, die in ihnen auftauchenden, ihnen selbst oft unheimlichen Wahnideen und Gefühle geheim zu halten. Auch bei der N. mag dies zum Theil der Fall gewesen sein; doch geht aus der Schilderung (cf. Zeugenprotokoll), welche die Schwägerin Barbara N., bei welcher die Marg. N. die Nacht vor ihrer Civiltrauung geschlafen, von dem Benehmen der letzteren während dieser Nacht entwirft, unzweifelhaft hervor, dass Phantasie und Gemüth derselben bereits in krankhafter Weise ergriffen waren. In Uebereinstimmung hiermit stehen die Aussagen der Zeuginnen Kath. Reither und Barb. Scheller über das Aussehen der N. am Tage vor der Trauung, das von beiden Genannten in ziemlich ähnlicher Weise als düster, auffallend starr geschildert wird.

Ausserdem ist noch hervorzuheben, dass das Betragen der N. nach der Trauung mit solcher Raschheit in das Bild einer ausgeprägten Geistesstörung überging, dass auch aus diesem Grunde diese letztere als bereits vorher wenigstens im Keime bestehend angenommen werden muss.

Hiermit steht das zwischendurch vernünftige Handeln und Reden der N. durchaus nicht im Widerspruch; es ist vielmehr charakteristisch für den Verlauf einer erblichen Geistesstörung und insbesondere für die Form, unter welche diese bei der N. aufgetreten ist (Stupidität oder primäre Dementia), dass namentlich im Anfange stunden- oder tagelang dauernde Spuren geistiger Regsamkeit, Sprachfähigkeit, Beweglichkeit und Wahrnehmungsfähigkeit in dem sonst stummen stupiden und reactionslosen Zustand sich einstellen. Dass solche lichte Zwischenräume — Lucida intervalla — nur eine mehr oder minder bedeutende Remission anzeigen, nicht aber ein plötzliches Aufhören der Hirnkrankheit die der betreffenden Geistesstörung zu Grunde liegt und die auch während solcher Re- und Intermissionen stets

vorhanden ist, ist eine längst anerkannte Thatsache und muss bei Beurtheilung solcher Zustände festgehalten werden.

Ausserdem wurde noch ein Gutachten des betreffenden Bezirksarztes erhoben.

Vom kgl. Landgerichte dahier wurde nun die Ehe als ungültig erklärt und die Marg. N. zur Tragung sämmtlicher Kosten nach § 87 der R. C. P. O. verurtheilt.

Die Motivirung des Urtheils lautete im Wesentlichen folgendermaassen: „Da sich nach dem übereinstimmenden Gutachten beider Sachverständiger M. N. am Tage ihrer Civiltrauung in latenter Geisteskrankheit befand und deshalb nicht mehr im ungetrübten Besitze ihres Urtheilsvermögens, wie ihrer freien Willensbestimmung war, und da in Folge dieser Geistestörung der Beklagten die rechtliche Handlungsfähigkeit und somit die Fähigkeit, ihren Consens oder ihre Einwilligung im Sinne des § 28 des Gesetzes vom 6. Febr. 1875 über die Beurkundung des Personenstandes und die Eheschliessung abgeben zu können, fehlte, wird die zwischen den Streittheilen geschlossene Ehe für nichtig erklärt.

(Gesetz vom 6. Febr. 1875, § 28, 36 Bl. f. R. A. 40, St. 553, 41, S. 287. Richter, Kirchenrecht § 281, Permaneder §§ 330 u. 333, Brendel § 370.)

Primäre Verrücktheit.

Dieselbe war durch 167 Fälle vertreten, von denen 92 auf das männliche, 75 auf das weibliche Geschlecht entfallen. Die Resultate der Behandlung waren folgende: geheilt 2, gebessert 60, ungeheilt 97, gestorben 4, auf der Abtheilung verblieben 4.

Von ganz besonderem Interesse ist ein Fall von hallucinatorischer Verrücktheit bei einer 36jährigen Kranken, bei der nach $1\frac{1}{2}$jährigem Bestehen vollkommene Heilung eingetreten ist.

III. Dorothea Cl., 36jähr. led. Dienstmagd. Die Eltern der Pat. sind vor längerer Zeit an Brustleiden gestorben. Der Vater, ein armer Bauer, soll von jeher an Phthise gelitten und zuletzt, als die Vermögensverhältnisse immer ungünstiger wurden, durch anstrengenden Tagelohn die Haushaltung einigermaassen aufrecht erhalten haben. In Folge dessen war die Erziehung der Kranken eine ziemlich vernachlässigte, in der Schule lernte sie nur schwer und zeigte mässige Begabung. Aus der Schule entlassen, trat sie in ihrer Heimath in Dienst, um nach kurzer Zeit denselben wieder zu verlassen und an verschiedenen Orten und bei verschiedenen Herrschaften den Dienst zu wechseln. Von Krankheiten soll sie weder in ihrer Kindheit noch auch später zur Zeit des Eintrittes der Menses, die sich

erst spät einstellten, in der Folge aber regelmässig waren, heimgesucht gewesen sein.

Mit 21 Jahren gebar sie ihrem damaligen Liebhaber ein Mädchen, welches lebt und gesund ist. Während der letzten 8 Jahre diente sie in Bamberg in mehreren Familien. Hier entwickelte sich auch ihre jetzige Erkrankung, deren Beginn sich ungefähr 3 Wochen vor ihrem Eintritt durch schlaflose, unruhige Nächte und zeitweise auftretende Kopfschmerzen markirte. Dazu gesellten sich im weiteren Verlaufe intensive Gehörshallucinationen, die anfangs hauptsächlich bei Nacht auftraten und ausschliesslich einen insultirenden Charakter an sich trugen; es wurde ihr Diebstahl, Treulosigkeit gegen ihre Herrschaft und Aehnliches mit lauter, drohender Stimme vorgeworfen, ohne dass sie die Sinnestäuschungen als solche zu erkennen und zu corrigiren im Stande war. Die zunehmende Intensität der Gehörshallucinationen gab zur Verbringung in die Irrenabtheilung des Juliusspitales Veranlassung (29. März 1878).

Bei ihrem Eintritt war die Kranke ruhig und besonnen; nur machte sie von vornherein einen etwas benommenen und unsicheren Eindruck. Des Nachts schlief sie sehr wenig. Bereits am zweiten Tage ihres Aufenthaltes beklagte sie sich darüber, dass ihr Vetter („der Johann“) und der Vorstand ihres Heimathsdorfes im Spital eingesperrt seien, obgleich beide doch nichts gethan hätten. Sie gab an, dass sie die Stimmen derselben ganz deutlich höre und war auf keine Weise von dem Glauben daran abzubringen. In der Folgezeit trat noch eine ganze Reihe solcher Wahnideen auf; besonders war es ihr früherer Geliebter, der sie nach ihrer Aussage auf alle mögliche Weise zu kränken suchte. Derselbe misshandelte ihr Kind und liess es köpfen; er ermordete eine ganze Reihe von ihren Verwandten, nur um ihre Sachen an sich zu reissen. Auf sein Anstiften glaubte sie sich im Spital eingesperrt, da sie ihren Dienstherrn vor der Zeit verlassen habe und kam daher dem Arzte monatelang bei jeder Visite mit den stereotypen Fragen entgegen: Wann komme ich fort? Was thue ich hier im Spital? Warum bin ich eingesperrt? u. s. w. Alle diese Ideen, die sich nach ihrer Aussage auf deutliche Gehörswahrnehmungen von Vorgängen gründen, welche sich in der unter ihr befindlichen Abtheilung abspielen sollen, werden von der Kranken in dem Tone unerschütterlichster Ueberzeugung vorgebracht. Sie wird fast ironisch, wenn man ihr zu widersprechen sucht und hört gar nicht darauf, sobald man ihr auseinander setzt, dass sie krank sei und an Gehörstäuschungen leide. Alle ihre Gedanken sind offenbar auf das Intensivste mit den vorgetragenen Ideen beschäftigt. Für nichts Anderes ausser jenem Kreise liegendes zeigt sie Verständniss. So oft sie kann, sucht sie aus dem allgemeinen Arbeitszimmer zu entwischen, um auf dem Gange oder der Treppe herumzugehen und weitere Nahrung für ihren Wahn zu suchen. Des Nachts schlief sie mit Hülfe von Chloral ziemlich ruhig, doch schüttelte sie hier und da ihre sämmtlichen Betten um, da sie glaubte, es seien dieselben mit Gift bestreut. Die Ernährung ist wegen des grossen

Widerwillens, welchen die Kranke gegen das Essen zeigt und der sich aus ihrem Vergiftungswahn erklärt, sehr mangelhaft und in Folge dessen das Körpergewicht in rapidem Sinken begriffen.

9. Oct. In den letzten Monaten ist das Verhalten der Pat. in seinen Hauptzügen unverändert das oben geschilderte geblieben. Sie hat ihre stehende Redensart: „Warum darf ich denn nicht hinaus?“ beibehalten, nur fügt sie derselben hinzu: „Die alte Nastvogel (ihre Hauptfeindin) soll mir mein Geld geben! Sie hat 18 Mark von mir!“

Für die Absurdität ihrer Wahnideen ist ihr nie ein Schimmer von Verständniss aufgegangen. Dass ihre Tochter jede Nacht auf's Neue geköpft wird, scheint ihr zwar beklagenswerth, aber durchaus nicht unbegreiflich; dass dieselbe Tochter sie eines Tages blühend und gesund im Spitale besuchte, nachdem sie in der Nacht vorher die scheusslichsten Misshandlungen erduldet haben sollte, dieser Widerspruch bringt sie ebensowenig zur Vernunft. Darauf aufmerksam gemacht, dass die Tochter doch davon wissen, dass sie Spuren der grässlichen Martern an sich tragen müsse, giebt sie keine andere Antwort, als: „Ich weiss schon; Sie werden's schon wissen; Sie werden schon selbst dabei gewesen sein.“ Da sie beständig behauptet, die nächtlichen Gräuelthaten gehen im Parterresaale der Irrenabtheilung vor sich, da sie den Glauben, dass dort ihre Tochter eingesperrt sei, auch dadurch bekundet, dass sie häufig ein Stück Brod an die nach unten führende Treppe legt, damit es ihre Tochter dort abhole und sich so vor dem unvermeidlichen Hungertode schütze — so wird sie eines Tages in den Raum hinabgeführt. Sie zeigt beim Eintritte ein hochgespanntes Interesse, späht mit ängstlicher Neugierde in allen Winkeln umher, da sie sich jedoch überzeugen muss, dass von den Gegenständen ihrer Einbildung im ganzen Raume nichts zu entdecken ist, so behauptet sie nachher, die Gräuelthaten geschähen im Abtritt, in den sie nicht geführt würde. Gegen die ihr angebotenen Speisen und Getränke zeigt sie häufig grosse Abneigung, da alles vergiftet sei. In letzter Zeit zeigt ihr Wahn entschiedene Progression. Mehr und mehr wird ihre ganze Umgebung in das Complott ihrer Feinde hineingezogen. Eine Person hat ihr Communionbuch gestohlen, die andere ist bei der Speisenvergiftung betheiligt. So steht sie in beständiger Verzweiflung da, zweifelt an Allem, verzweifelt über die Ungerechtigkeit der Welt, nur von dem einzigen Inhalt ihres Wahnes ist sie felsenfest überzeugt. Sich selbst hält sie für vollständig vernünftig und fähig, jeden Tag entlassen zu werden und in ihre früheren Verhältnisse zurückzukehren. Das Körpergewicht sinkt fortwährend. Sie hat um 13 Kg. abgenommen.

10. Nov. In neuer Zeit verstopfte sich Pat. häufig die Ohren; immer deutlicher tritt in ihrer Verrücktheit ein sehr egoistischer Zug hervor, der sie die Martern, denen ihr Kind erliegen wird, darum bedauern lässt, weil sie daselbe um theures Geld aufgezogen habe („das Hurengesindel soll ihr deshalb ihr Zuggeld herauszahlen“). Pat. wird heute (18. Aug. 1879), nach-

dem sich ihr geistiger Zustand nicht gebessert hat, als unheilbar in die Irrenpfründe aufgenommen.

3 Wochen darauf (17. Sept.) erhält sie Besuch von ihrer Tochter, der viel gemarterten Marianne. Sie freut sich sehr darüber und erklärt nachher auf Befragen, „es sei doch alles Einbildung gewesen, dass die Marianne ganz gesund und ihr nichts geschehen sei".

Die Ueberzeugung, dass alles nur krankhafte Einbildung und dass jene Stimmen nur Sinnestäuschungen gewesen, hat sich rasch bei ihr befestigt. Jetzt, nachdem mehr als 3 Jahre verflossen sind, ist jede Spur einer psychischen Störung verschwunden. Pat. hatte vollkommene Krankheitseinsicht, erinnert sich mit gutem Gedächtniss jedes einzelnen Details ihrer Erkrankung, ist seit jenem kritischen Augenblicke vollkommen frei von Hallucinationen, so dass man sich veranlasst sah, ihr bereits vor längerer Zeit eine Stelle als Reservewärterin, in eben der Irrenpfründe, in der sie als Pat. aufgenommen war, zuzutheilen, die sie die ganze Zeit über in musterhafter Weise versieht.

Epileptisches Irresein.

Diese Krankheitsform war durch 92 Individuen vertreten und zwar durch 71 Männer und 21 Weiber. Von diesen konnten (meist nach kurzem Aufenthalte) 27 als geheilt entlassen werden. (Die meisten dieser Heilungen beziehen sich auf vorübergehende Tobsuchtsanfälle.) Ferner wurden 47 als gebessert, 12 als ungeheilt entlassen; 4 starben, 2 verblieben.

Von den Heilungsfällen ist ganz besonders einer einer ausführlichen Besprechung werth. Er betraf eine 28jährige Frau, die offenbar neuropathisch beanlagt, während 5 Schwangerschaften von epileptischen Zuständen ganz ausgeprägter Form befallen wurde und bei der sich diese Zustände zum Theil auch in das Puerperium hinüberzogen, um dann in den zwischen den einzelnen Schwangerschaften sich befindlichen Intervallen einem vollkommen normalen Verhalten Platz zu machen.

Der Fall war folgender:

IV. Margaretha H., verh. Bäuerin, 28 J., rec. 29. Sept. 1878. Ein Onkel der Pat. war blödsinnig und starb mit 56 Jahren, derselbe hatte in ganz regelmässiger Wiederkehr (circa alle 4 Wochen) einen Tag, an dem er im Bett blieb, nichts ass, viele Kopfschmerzen hatte. Der Vater ist gesund. Die Mutter starb an Darmverschlingung. Dieselbe abortirte dreimal. 3 Geschwister der Pat. starben in den ersten Lebenswochen, Pat. ist die

einzige, die gesund blieb. Ferner wird angegeben, dass die Mutter an einem spontan entstandenen Geschwür litt, aus dem sich Knochensplitter abgestossen. Pat. war als Kind augenleidend, wurde mit 16 Jahren zum ersten Male menstruirt. Mit 17 Jahren Nervenfieber, an das sich ein längeres Sistiren der Menses anschloss. In ihrem 20. Jahre (1870) knüpfte sie ein Verhältniss mit ihrem Manne an, wurde jedoch erst im Herbst 1874 schwanger. Im 5. Schwangerschaftsmonate traten epileptische Krämpfe mit theilweiser Bewusstseinsstörung auf, die sich im selben Monate noch dreimal wiederholten. Am Schlusse des 9. Monates normale Entbindung, nachdem H. kurz vorher geheirathet hatte.

6 Tage nach der Entbindung recidivirten die Anfälle, kehrten nun nach längeren oder kürzeren Pausen im darauffolgenden Halbjahre wieder. Auch hier blieb die Kranke in den Intervallen psychisch frei.

Im Winter 1875/76 wird sie zum zweiten Male schwanger, auch diesmal häufige epileptische Krämpfe. Nach der im Nov. 1876 erfolgten Entbindung sistirten die Anfälle und kehrten erst im Frühjahr 1878 wieder, als Pat. zum dritten Male schwanger wurde. Jetzt traten auch in den Intervallen psychische Störungen ein. In der Nacht vom 18.—19. Sept. sehr schwerer epileptischer Insult mit vollkommener Amnesie; in den folgenden Nächten wiederholten sich die Anfälle, um am 25. einer völligen psychischen Alienation Platz zu machen. Sie will sich Nachts nicht zu Bette legen, weist Speise und Trank zurück, spricht kein Wort.

In die Abtheilung verbracht ändert sie bald ihr Benehmen, wird geordneter und besonnener, klagt aber über Kopfschmerz und Gedächtnissschwäche, bald aber wird sie, obwohl sie frei von Anfällen bleibt, sehr verstimmt, empfindlich, reizbar und voll unnöthiger Sorgen.

Am 12. Oct. erfolgt rasch und leicht die Geburt eines 5 Kg. schweren Knaben. Gleich am folgenden Tage begann die Kranke zu fiebern.

Am 25. Oct. Temperaturabfall zur Norm. Während dieser ganzen Zeit war sie, obwohl sie über eigentliche Schmerzen nicht zu klagen hatte, anspruchsvoll, unzufrieden, nach Aussage der Wärterin wahrhaft unausstehlich. In dieser Zeit wurde sie einmal und zwar in der Nacht vom 20. auf den 21. Oct. von einem typisch epileptischen Insult heimgesucht, der mit einem furchtbaren Schrei begann und dem vollkommene Amnesie folgte.

Nachdem sich ihre Stimmung gebessert und sich kein neuer Anfall eingestellt hatte, wird sie am 24. Nov. als geheilt entlassen.

Bis zum 3. Monate der 4. Schwangerschaft, Nov. 1879 (also ein volles Jahr lang), vollkommen normales Verhalten, dann aber wieder stürmisch auftretende epileptische Insulte, die 14 Tage lang sich nach sehr geringen Pausen wiederholten; 12 Tage nach dem Auftreten des ersten Anfalles Abortus. Dann folgt wieder eine vollkommen anfallsfreie Zeit bis zu ihrer 5. Schwangerschaft (Winter 1881/82). In der zweiten Hälfte dieser 5. Gravidität Recidive der Anfälle, die nun in enormer Zahl (bis zu 20 am Tage) auftraten.

Am 10. Jan. 1882 abermalige Aufnahme. Hier steigerten sich die Anfälle und mit ihnen die Unruhe der Kranken. In der Nacht vom 28. auf 29. ausgesprochener Tobsuchtsanfall, in dem die Kranke nur mit Hülfe zweier Wärterinnen vor Beschädigung gehütet werden konnte. Sie redete dabei irre und verkannte die umstehenden Personen. Auf die Anwendung von Bromkali verminderten sich die Anfälle. Gegen Ende der Schwangerschaft werden sie etwas seltener und treten meist nur zur Nachtzeit auf. Ausser einem morosen, unzufriedenen Wesen machen sich in den Intervallen keinerlei psychische Abnormitäten bemerkbar.

Am 29. Mai gebärt Pat. in normaler Weise ein gesundes Kind.

Anfang Juni eine 2 Tage dauernde Bewusstseinsstörung, mangelhafte Orientirung, motorische Unruhe, zornmüthiges Verhalten, dann wieder Rückkehr zur Norm. Pat. befindet sich nun zu Hause, ist wohl und munter und hat den festen Entschluss gefasst, einer sechsten Schwangerschaft und mit ihr einem Rückfall in ihre psychische Erkrankung aus dem Wege zu gehen.

Ferner verdienen noch 3 weitere Fälle wegen ihrer Entstehungsursache einer Erwähnung.

Zwei davon betreffen 2 Mädchen im Alter von 14 und 12 Jahren, die beide neuropathisch veranlagt kurze Zeit, nachdem sie von einem herumziehenden „Künstler“ in der Schule elektrisirt worden waren, von einem epileptischen Anfalle heimgesucht wurden, dem sich dann in der Folgezeit mehrere solcher, zum Theil mit psychischen Störungen anreihten. In keinem von diesen beiden Fällen wurde Heilung erzielt.

Der dritte betrifft einen 20jährigen Wärter der K.'schen Menagerie in Strassburg, der während der Fütterung von einem Bären überfallen und in's Bein gebissen von einigen Kameraden gerettet wurde, jedoch gleich darauf in den ersten epileptischen Anfall verfiel, dem seither alle 4 Wochen ein solcher folgte.

Ich möchte mich an dieser Stelle etwas ausführlicher über einen Punkt auslassen, auf den neuerdings wieder durch *Kranz* und *Schuchardt* in der allg. Zeitschr. für Psychiatrie die Aufmerksamkeit gelenkt wurde. Es ist dies die seiner Zeit von *Kowalewsky* so sehr betonte Körpergewichtsabnahme der Epileptiker nach den Anfällen.

Ich habe mir, um hierüber ein eigenes Urtheil zu erlangen, aus unserem ziemlich reichen Materiale 4 Kranke aus-

gesucht, bei denen ich 8 Wochen lang regelmässige Morgen- und Abendwägung vornahm, die ich zum Theil selbst controllirte.

Diese Kranken führten eine vollkommen regelmässige Lebensweise, standen zu gleicher Zeit auf und legten sich zu gleicher Zeit zu Bette. Die Nahrung war für alle die gleiche, für regelmässige Stuhlentleerung wurde aufmerksamst Sorge getragen. Die Morgenwägungen wurden früh 7 Uhr nüchtern, die Abendwägungen Abends 9 Uhr, kurz vor dem Schlafengehen vorgenommen und die Pat. stets nackt auf die Wage gestellt.

Ausserdem wurde bei einer Patientin, die die Anfälle regelmässig am Tage hatte, jedesmal kurz nach dem Insult die Wägung vorgenommen.

Ich bediente mich dabei folgender Kranken.

1) Karl S., 14 J. alt, leidet seit etwa 7 Jahren an fast immer zur Nachtzeit auftretenden typisch epileptischen Anfällen, einhergehend mit heftigen klonischen Krämpfen. Er hatte durchschnittlich alle 3 Tage einen solchen an Intensität und Dauer stets ziemlich gleichen Insult. In den Intervallen ist Pat. psychisch frei. Die Wägungen ergaben nun Folgendes: Nach den anfallsfreien Nächten betrug die Gewichtsabnahme gegenüber der Wägung am vorhergehenden Abend im Minimum 250, im Maximum 1250, im arithmetischen Mittel, gezogen aus sämmtlichen hier einschlägigen Wägungen 730 gr. Nach nächtlichen Insulten betrug die Gewichtsabnahme im Minimum 500, im Maximum 1500, im Mittel 928 gr. Dabei war die Differenz nicht proportional der Anzahl der Anfälle. So wurde z. B. das Differenzmaximum beobachtet, nachdem nur ein Anfall vorausgegangen war, während nach je 4 Anfällen zweimal nur eine solche von 1000 gr constatirt wurde.

2) Anton R., 28 J. alt, seit 5 Jahren epileptisch, moroses, reizbares Wesen neben grosser geistiger Schwäche, ausschliesslich nächtliche Insulte. Nach den anfallsfreien Nächten geringste Gewichtsdifferenz 500, höchste 2000, im Mittel 928 gr. Gingen nächtliche Anfälle voraus, so stellt sich das Verhältniss folgendermaassen: Minimum der Abnahme 500, Maximum 2500, im Mittel 1208 gr. Die Anzahl der Anfälle bewegte sich zwischen 1 und 3. Auch diesmal war die Anzahl der Anfälle der Körpergewichtsabnahme nicht proportional.

3) Karl W., 33 J. alt, seit 11 Jahren epileptisch, durchschnittlich alle 2 Tage ein oder mehrere Insulte, denen aufgeregtes, reizbares Wesen mit Neigung zu Gewaltthätigkeit sich meist anschliesst. In den Intervallen ist er psychisch normal.

Hier war das Minimum der Körpergewichtsabnahme 250, das Maximum 1750, die Durchschnittssumme 1018 gr nach den anfallsfreien Nächten. Nach Anfällen (die Anzahl derselben bewegte sich zwischen 1 und 4) ergaben die Morgenwägungen als Minimum der Gewichtsabnahme 1000, als Maximum 2100 gr, während die durchschnittliche Abnahme 1393 betrug. Traten die Anfälle am Tage auf, so zeigte sich bei der sofort vorgenommenen Wägung (nach mehreren Anfällen ist die nach dem letzten vorgenommene Wägung in Anrechnung gebracht), dass viermal (nach je einem Anfall) das Körpergewicht gegenüber der morgendlichen Wägung zugenommen hatte und zwar bewegte sich die Zunahmedifferenz zwischen 250 und 400 gr. Einmal (nach 2 Insulten) ergab sich überhaupt kein Unterschied. Sechsmal (und zwar gingen an diesen Tagen 2—3 Anfälle voraus) wurde eine Gewichtsabnahme im Minimum 500, im Maximum 1250 gr beobachtet. An solchen Tagen ass aber der Kranke, wie ich besonders erwähnen will, sehr wenig. In den anfallsfreien Tagen wurde eine constante Körpergewichtszunahme constatirt, die im Minimum 250, im Maximum 2500, im Mittel 1115 gr betrug.

4) Marie H., 19 J. alt, war von ihrem 6. bis 15. Jahre epileptisch. Mit Eintritt der Menses sistirten die früher häufigen epileptischen Anfälle. 4 Jahre lang blieb H. vollständig verschont, bis mit Cessiren der Menses, Juni 1882, die Insulte sich wiedereinstellten. Seitdem (H. war inzwischen nicht mehr menstruirt) sind durchschnittlich alle 3—5 Tage heftige Insulte aufgetreten von etwa $^1/_4$ stündiger Dauer, die ganz in der typischen Weise ablaufen. In den Intervallen massenhaft Vertigo-ähnliche Zustände. Bereits ziemlich weit vorgeschrittener Schwachsinn.

Nach den anfallsfreien Nächten Resultat der Wägung:

Constante Abnahme des Körpergewichtes, Minimum 50, Maximum 2200, Mittel 784 gr. Während der Nacht wurden Anfälle bei ihr nicht beobachtet. Die während des Tages sogleich nach dem Anfall (es trat nie mehr als einer im Tage auf) vorgenommenen Wägungen ergaben, verglichen mit den morgendlichen Wägungen, nur fünfmal eine Abnahme um 100, resp. zweimal 400 und zweimal 500 gr. Zehnmal war überhaupt keine Differenz vorhanden, während an den anfallsfreien Tagen eine Körpergewichtszunahme im Minimum von 750, im Maximum 1750, im Mittel endlich eine solche von 1050 constatirt werden konnte.

Endlich habe ich noch Wägungen bei einem nicht epileptischen Kranken vorgenommen, der sich in einem stationär-stuporösem Zustand befindet, bei dem die vegetativen Functionen vollkommen normal von Statten gehen, der also im Vergleich zu den 4 epileptisch Erkrankten als gesund zu betrachten ist.

Bei diesem fand sich nun, dass sich die Abnahme des Körpergewichtes während der Nacht zwischen 0 und 1500 be-

wegte und im Mittel 714 betrug. Ich glaube mich nun auf Grund dieser Beobachtungen dahin aussprechen zu können:

1) Die Abnahme des Körpergewichtes nach epileptischen Anfällen ist bei den bereits länger erkrankten Individuen eine geringe, häufig überhaupt nicht zu constatiren.

2) Die Körpergewichtsabnahme ist nicht proportional den Anfällen.

3) Grössere Körpergewichtsabnahmen nach gehäuften Insulten ist wohl zumeist auf die mit denselben einhergehende geringere Nahrungsaufnahme zu setzen.

Das beste Beobachtungsmaterial bieten meiner Ansicht nach die Kranken mit nächtlichen Insulten, da bei ihnen allerlei Nebenumstände, wie vermehrte oder geringere Nahrungsaufnahme in Wegfall kommen. (Fall 1 und 2.) Bei dem ersten ist die Durchschnittsdifferenz (730 nach den anfallfreien Nächten, 928 nach nächtlichen Anfällen) 198 gr; bei Fall 2 (nach anfallfreien Nächten durchschnittliche Abnahme um 928, nach nächtlichen Anfällen um 1208 gr), die Durchschnittsdifferenz 280. — Schwankungen, die also nicht im Entferntesten an die *Kowalewsky*'schen Zahlen hinanreichen.

Bei Fall 4 konnte zwar einige Male nach Anfällen, die am Tage auftraten, eine Abnahme bis zu 500 gr beobachtet werden, nach den meisten Anfällen jedoch war überhaupt weder Abnahme noch Zunahme zu constatiren. Diese Kranke möchte ich zu den sog. frischen Fällen (wie *K.* sie nennt) zählen, bei denen sich der Organismus den Insulten noch nicht accodomirt hat. Hier müssten sich also, wenn die *K.*'sche Theorie Recht behielte, erhebliche Differenzen finden, was aber durchaus nicht der Fall ist.

Periodisches Irresein.

Aus dieser Krankheitsform, die durch 13 männliche und 13 weibliche Kranke vertreten war, bietet die nachfolgende, über mehrere Jahre sich erstreckende Krankheitsgeschichte einen nach mehreren Gesichtspunkten hin nicht uninteressanten casuistischen Beitrag.

V. v. H., Apothekerstochter, bei ihrem Eintritt am 4. Aug. 1864 22 J. alt. Der Vater der Kranken war ein leidenschaftlicher und sinnlicher Mensch,

dessen sexuelle Excesse immer und immer wieder Anlass zu häuslichen Zerwürfnissen waren. Es sollen sich bei ihm periodisch Aufregungszustände eingestellt haben, in denen er wie ein Rasender gegen sich und seine Umgebung wüthete. Seine Verschwendung brachte ihn unter Curatel, später verliess er seine Familie und starb im Spital zu Stuttgart.

Pat. zeichnete sich frühzeitig durch Starrsinn und Widerspenstigkeit aus, machte bereits in der Schule durch ihren eigenthümlichen Charakter ihren Lehrerinnen viel zu schaffen. In ihrem 7. Jahre litt sie längere Zeit an Enuresis nocturna. Im 11. Jahre soll die Periode zum ersten Mal aufgetreten sein. Erst im 15. Jahre kehrte die Menstruation wieder und wiederholte sich von da in Intervallen von 3 Wochen. Im Jahre 1859, während Pat. bei ihrer Mutter in Speyer verweilte, kam es zwischen beiden in Folge einer ganz geringfügigen Sache zu einem heftigen Auftritt. Im Verlauf desselben blieb Pat. plötzlich stehen, athmete sehr tief auf und verfiel alsdann in Convulsionen, die hauptsächlich die Arme betrafen, ohne dass dabei das Bewusstsein erloschen war. Der Anfall, der nach einer halben Stunde sistirte, machte nun wieder dem früheren Verhalten der Kranken Platz.

Im Jahre 1862, kurz vor der Schlussprüfung als Lehrerin, der sich Pat. in Leipzig unterzog, trat, als sich eben ein heftiges Gewitter entlud, plötzlich unter dem Rufe: „Die Mama ist todt“ ein zweiter Anfall ein; diesmal aber folgte ein eigenthümlicher, 2 Tage andauernder Zustand: Die Kranke sass im Bette, den Kopf auf beide Hände gestützt, starr und regungslos vor sich hinstarrend, sprach kein Wort, ass nichts und entleerte weder Koth noch Urin. Nach Ablauf von zwei Tagen erwachte sie wie aus dem Schlafe, erkannte ihre Mutter, die inzwischen telegraphisch herbeigerufen war, freute sich über deren Anwesenheit und bat um Rettung. Sie nahm wieder Nahrung zu sich und erholte sich in 14 Tagen so weit, dass die Heimreise angetreten werden konnte. Die Heimreise ging gut von statten bis Mannheim. (Während derselben traten die Menses ein.) Als Pat. hier in Begleitung der Mutter einige Einkäufe machen wollte, kam ihnen wegen eines zufällig ausgebrochenen Cravalles eine Abtheilung Soldaten mit blanken Säbeln entgegen. Hierüber heftig erschrocken trat unter dem Rufe: „Garibaldi, die Krieger überfallen uns, Feuer!“ die früher erwähnte starre Haltung ein. Sie wurde sofort in eine Droschke gebracht und nach Speyer befördert; der Anfall dauerte ohne Unterbrechung bis zum anderen Tage. Hier wurde sie unter Kanonendonner und Glockengeläute — es war gerade das Namensfest der Königin — aufgeschreckt. Sie begann wieder mit genanntem Ausrufe und wiederholte denselben mehreremale. Ein herbeigerufener Arzt chloroformirte sie. Nachdem sie 7 Stunden in der Narkose geschlafen hatte, erwachte sie, sprang ans Fenster und wollte auf die Strasse hinabspringen. Sie wurde zu Bette gebracht, verhielt sich dann ruhig, bis Abends abermaliger Kanonendonner einen neuen Anfall herbeiführte. Abermals chloroformirt schlief sie bis anderen Morgen 4 Uhr. Da

begann sie abwechselnd zu lachen und zu weinen, stand vom Bette auf, rückte an allen Gegenständen, horchte an den Schlüssellöchern u. s. w. Hierüber befragt gab sie zur Antwort: „sie sehe Ungeheuer". Nach ein paar Tagen kam sie ziemlich plötzlich zu sich und sprach über das Vorgefallene. Nach 14 Tagen trat die Menstruation wieder auf. Nach Verlauf derselben begann wieder der Anfall, der sich nun häufig wiederholte.

Am 4. August 1864 tritt Pat. im Juliusspital ein.

Die Aufeinanderfolge der Menstruation und der Anfälle war während ihres Aufenthaltes folgende: 18. Juli Menstruation. 5. Aug. bis 2. Sept. Anfall.

15. Aug. Menstruation ein paar Tage.

13. Sept. Menstruation. 17. Sept. bis 3. Oct. Anfall.

4. Oct. Menstr. 31. Oct. bis 20. Nov. Anfall.

2. Nov. bis 6. Nov. Menstr.

22. Nov. Menstr. 12. Dec. bis 6. Jan. 1865 Anfall.

17. Dec. Menstr.

15. Jan. Menstr. 28. Jan. bis 20. Febr. Anfall.

5. Febr. Menstr.

4. März Menstr. 17. März bis 12. April Anfall.

27. März Menstr.

23. April Menstr.

8. Mai Menstr.

1. Juni Menstr. 16. Juni bis 17. Juli Anfall.

25.—27. Juni Menstr.

24.—26. Juli Menstr.

20. Aug. Menstr.

Die Kranke giebt über ihren Zustand folgenden Bericht:

Mein Krankheitszustand dauert nun schon 2 Jahre und ist veranlasst durch den Schrecken, den ich in Mannheim erlebte. Ich hatte alle 3 Wochen die Schreikrämpfe und wollte stets zum Fenster hinausspringen, als es zu arg wurde. Nachdem wir vergeblich Landaufenthalt gebraucht hatten, will ich nun versuchen, ob mir vielleicht im Juliusspitale geholfen werden kann. An was ich besonders leide, ist Ohrenreissen, Zahnschmerzen, Unterleibskrämpfe, Herzklopfen, grosse Müdigkeit, Neigung zum Schlaf und Appetitlosigkeit. Mama, die stets Augenzeugin meiner Anfälle war, wird bessere Auskunft geben können, da ich doch meist bewusstlos bin.

Austritt am 23. August 1865 frei von psychischen Symptomen.

Von August 1865 bis Frühjahr 1870 bekleidete Pat. verschiedene Stellen als Bonne und Lehrerin in Deutschland und England, fühlte sich während der ganzen Zeit vollkommen wohl, gewann ein blühendes Aussehen. Erst in den letzten Monaten änderte sich ihr körperlicher Zustand, angeblich durch die veränderte Lebensweise und das ungesunde Klima in England bedingt, derart, dass sie stark abmagerte, heftige Diarrhoen bekam, appetit- und schlaflos wurde.

In ihre Heimath nach Speyer abgeholt, verfiel sie bald wieder in jenen früher geschilderten stuporösen Zustand, der sie abermals unserer Abtheilung zuführte (5. Mai 1870).

Die Menses, die sich bald nach ihrem Eintritt (8.—10. Mai) eingestellt hatten, waren ohne Einfluss auf den Geisteszustand der Kranken. Pat. war sehr anämisch, hatte grosses Schlafbedürfniss, schlief in der Regel Nachts 10—12 und unter Tags 2—3 Stunden. Dabei bestand grosse Schwäche und heftiger Kopfschmerz. Eine eigentlich psychische Störung war nicht zu bemerken.

Menses 1.—4. Juni, im psychischen Zustand keine Aenderung. Am 15. Juni versucht sie ohne Erlaubnissschein auszugehen, wird aber am Thore durch den Portier barsch zurückgewiesen und will darüber heftig erschrocken sein.

Am folgenden Tage erscheint die Pat. vollständig alienirt. Sie stand um 5 Uhr früh auf, ging mit exstatischem Ausdruck im Zimmer auf und ab, antwortete nicht auf gestellte Fragen, sondern wendete sich mit Geberden des Abscheues hinweg und verweigerte die Nahrung. Der Zustand hielt in ähnlicher Weise mehrere Wochen an. Grosse Abneigung gegen die Aerzte, gemeines Schimpfen, meist jedoch stuporöser Zustand, unterbrochen durch krampfhaftes anhaltendes Lachen. Nahrungsaufnahme sehr gering.

Die vom 25. — 27. Juni aufgetretenen Menses sind ohne Einfluss auf das Verhalten.

9. Juli plötzliche Aenderung, die Kranke ist freundlich, höflich, spricht über gleichgültige Dinge, verweigert aber jede Auskunft über die eben vergangene Zeit.

12. Juli Rückfall in den alten Zustand.

17. Juli wieder vollkommen besonnen, wundert sich, dass sie abermals in ihre Krankheit verfallen sei, kann keine Auskunft über ihre Gedanken während der Alienation geben.

24.—26. Juli Menstruation, psychisches Verhalten normal.

Andauernde Besserung bei geringer geistiger Regsamkeit bis 13. Aug.

Abermals Rückfall, der nach 14 Tagen einem Zustand vollkommenen Wohlbefindens und psychisch normalem Verhalten Platz machte. Da sich längere Zeit Anfälle nicht eingestellt hatten, wird Pat. auf Wunsch entlassen.

Ein Vierteljahr lang blieb sie frei. Dann stellten sich aber periodisch wiederkehrend die früher geschilderten Zustände wieder ein, so dass sie sich veranlasst sah, in die Kreisirrenanstalt der Pfalz, Klingenmünster, einzutreten. Von dort erhalte ich durch gütige Mittheilung folgenden Bericht.

v. H., die in sehr depotenzirtem Zustande in die Anstalt eintrat, zeigte in den ersten 2 Wochen grosse Erregung, plauderte und lachte viel laut, weinte dazwischen ebenso unmotivirt, gab einer gereizten und erbitterten

Stimmung gegen Mutter und Brüder Ausdruck, beging auch einmal einen alle Scham und Rücksicht verletzenden Akt, indem sie in Gegenwart anderer Personen in der Küche Waschungen der Genitalien vornahm. Sich selbst legte sie den Namen Frl. Haarseil bei, konnte aber auf Befragen über ihre Verhältnisse vollkommen richtige Auskunft geben. Von diesem Zustand fiel sie in ein Stadium der Schlafsucht, indem sie von Abend bis gegen Mittag fest und anhaltend schlief, sich aber psychisch ganz normal verhielt. Zugleich besserte sich auch ihr Aussehen. Die Zeit der Periode brachte Depressionssymptome leichter Art, traurige und ärgerliche Verstimmung, Sichzurückziehen, geringen Schlaf. Dann folgte wieder der normale Zustand psychischer und somatischer Euphorie. Dieser hält an bis zum 23. Dec. 1875. An diesem Tage Rückfall. Abweisendes, unfreundliches Benehmen gegen Jedermann, häufiges Hinauslachen, Schimpfen und Raisonniren; manchmal faselt sie verwirrt, es brenne, es sei Feuer- und Wassersnoth da, unruhiger Schlaf, geringe Nahrungsaufnahme.

Am 24. Dec. Eintritt der Menses, keine Aenderung.

Anfang Januar abermalige Besserung, ohne dass jedoch normales Verhalten eingetreten wäre.

17. Januar 1876 Steigerung der Erregung, Lachen, Schimpfen über die maledetto doctors, die sie erschiessen und hinrichten würden, Grössenideen, sie könne Königin, Päpstin sein, wird einigemale gegen Aerzte aggressiv, verbietet sich jeden Herrenbesuch, liegt ständig zu Bette.

18. Januar Menses ohne Einfluss.

4. Februar Rückkehr zur Norm, nur grosse Schlafsucht.

Die Kranke hat wieder Krankheitseinsicht, ist geordnet, ruhig und fleissig.

13. Februar Menses. 5. März Menses. 3. April Menses.

28. März Rückfall in den zuletzt geschilderten Zustand. Der Erregungszustand, der einmal so stark wurde, dass man die Kranke isoliren musste, macht endlich Mitte Juni einem geordneten Verhalten Platz. Pat. isst wieder mit gutem Appetit, schläft sehr viel, gewinnt ein componirtes Aussehen.

Anfang Juni Menses.

3. Juli aussergewöhnliche Lustigkeit und Leistungsfähigkeit, die nach 2 Tagen in den bekannten Zustand zornmüthiger Erregung übergegangen. Der Anfall verlief diesmal rascher und verblasst schon nach kurzer Zeit.

Ende Juli bietet Pat. keine psychischen Abnormitäten mehr, fühlt sich sehr gesund, beschäftigt sich viel mit Lesen und Handarbeit und wird auf dringenden Wunsch der Mutter gegen den Willen der Aerzte entlassen.

In der letzten Zeit hatten sich unverkennbare Symptome psychischer Schwäche bei der Pat. eingestellt.

Die der sog. circulären Form von Irresein angehörigen Fälle waren durch 4 W. und 1 M. vertreten. Sie betreffen sämmtlich hereditär stark belastete Individuen, von ihnen bot ein Mädchen im Alter von 19 Jahren den Wechsel von Manie, Melancholie und Stupor, die Mutter dieses Mädchens war längere Zeit geistesgestört. Denselben Typus konnte man bei einer zweiten 52jährigen Kranken constatiren, deren Vater Potator strenuus war und deren 2 Brüder geistesgestört sind, und einer 25jährigen Kranken, die eine geisteskranke Mutter und Schwester hat. Der Wechsel zwischen Manie und Melancholie mit luciden Intervallen fand sich bei einer 27jährigen Frau, deren einziger Bruder ebenfalls geistesgestört ist. Die gleiche Form betrifft endlich einen 58jährigen Mann, von dem 2 Schwestern psychisch gestört waren.

Dementia paralytica.

Während des in Frage stehenden Zeitraumes wurden von dieser Erkrankung 131 Fälle beobachtet. 109 davon betrafen Männer, die übrigen 22 Weiber, es stellte sich also das Verhältniss wie 1 : 5.

Nach den verschiedenen Altersstufen vertheilen sich die Fälle von Paralyse in folgender Weise:

Alter	Männer	Weiber	Summa
zwischen 20 und 30	3	2	5
zwischen 30 und 40	43	10	53
zwischen 40 und 50	35	9	44
zwischen 50 und 60	23	—	23
zwischen 60 und 70	5	1	6
	109	22	131

Es fallen also die meisten Erkrankungen in das vierte Jahrzehnt. Auch das andere für diese Erkrankung kritische fünfte Jahrzehnt repräsentirt eine stattliche Zahl. Unter den Männern war der jüngste mit Paralyse Behaftete 24 Jahre alt, der älteste 67; unter den Weibern die jüngste 27, die älteste 62.

Von der grossen Zahl der uns vorliegenden Krankengeschichten verdienen folgende drei einer näheren Erwähnung.

VI. Joseph F., Sattler, 37 Jahre alt, wurde am 22. April 1878 aufgenommen. Keine Heredität. Pat. war früher immer gesund, war beim Militär, dann betrieb er sein eigenes Geschäft, in dem er sich vielfach überanstrengte. Vor einem Jahr wurde er wegen Majestätsbeleidigung zu $^1/_4$ Jahr Gefängniss verurtheilt. Vor einigen Monaten beginnt er über Kopfschmerzen zu klagen, arbeitet aber fort. Doch wurde seine Arbeit allmälig absolut unbrauchbar; zu gleicher Zeit wurde er auffallend geizig; äusserte hypochondrische Ideen (in seinem Bauch sei alles zusammengebrannt), welche Klagen er auf der Strasse sogar unbekannten Vorübergehenden mittheilte. Dies veranlasste seine Unterbringung auf die Irrenabtheilung.

Hier zeigt er sich von einer unerschöpflichen Geschwätzigkeit in der Schilderung seines Gesundheitszustandes; in der Folgezeit allerlei hypochondrische Beschwerden. In Folge der vermeintlichen Leiden wird er deprimirt, sitophobisch, bringt sich sogar mit einem Messer einen Schnitt in die Zunge bei. Am 6. Juni zeigt er im Garten ausgeprägte Reitbahnbewegungen. Er machte mehrmal den Versuch, davonzulaufen, weil er zum Militär einrücken müsse; er hält sich unrein. Am 5. Juli wird er Abends von einem starken paralytischen Anfall befallen, nachher liegt er starr, kalt und sprachlos da. Zeigt am folgenden Morgen nur eine Temperatur von 35,6. Er kann von da an nicht mehr stehen, ist beständig bettlägerig.

Am 14. Juli zeigt er wieder abnorm niedere Temperaturen. Morgens 35,2, Abends 37,0.

Am 15. Morgens 36,4; 3 Uhr Mittags 31,5; 6 Uhr 31,2; 9 Uhr 31,1; 12 Uhr 30,6; am 16. Juli früh 3 Uhr 30,5; 6 Uhr 30,1; 9 Uhr 29,2; 12 Uhr 29,1. Bis dahin hatte Patient noch geathmet, auf starkes Anrufen die Lippen bewegt, Mittags um 2 Uhr erfolgte der Tod.

Section: Schädeldach massiv, symmetrisch; an der Innenfläche der Dura eine leicht abziehbare durchscheinende Membran, unter der frische Blutherde zu sehen sind; Leptomeningitis des vorderen und Schläfenlappens; Hydrocephalus externus und internus. Pia schwer abziehbar, Gyri schmal, Sulci breit und tief. Consistenz des Gehirns ziemlich derb. — Aorta von weissgelber Farbe und an vielen Stellen mit knorpelharter Einlagerung, Lungenödem, besonders rechts. Weisse Verdickungen und Verfärbungen der Intima bis hinab zur Theilungsstelle.

Wir haben hier einen Kranken, bei dem ohne bestehende Heredität und ohne plausible Veranlassung — wenn man nicht etwa Ueberanstrengung für den Ausbruch der Paralyse verantwortlich machen will — die psychische Erkrankung und zwar in der etwas seltener vorkommenden hypochondrisch-melancholischen Form auftrat. Hervorzuheben ist die bei Paralyse sonst äusserst selten in so hochgradiger Weise bestehende

melancholische Depression, die hier bis zum Taedium vitae und Tentamen suicidii führte, ferner der rapide Verlauf (zwischen Beginn der Erkrankung und dem Tode liegen gerade $^3/_4$ Jahre). Von ganz besonderem Interesse ist aber der enorme Temperaturabfall in den 3 letzten Tagen vor dem Tode. Solche Temperaturabfälle sind meines Wissens nur bei hochgradig marantischen Melancholikern und auch hier nur bis auf das Minimum von 31,0 beobachtet worden. Das Sectionsergebniss ist das für die Dementia paralytica characteristische.

II. Michael E., 40 Jahre alt, Wirth, aufgenommen am 12. September 1878. Der Vater war Potator, sonst keine Heredität. In guten Verhältnissen aufgewachsen, geistig etwas beschränkt; sehr gutmüthig; bot in seiner Jugend nichts Auffallendes. In verschiedenen Städten als Büttner und Bierbrauer beschäftigt; heirathete vor 14 Jahren und betrieb seit dieser Zeit eine Wirthschaft. Anfangs in guten Verhältnissen, kam er später durch Geschäftsverluste und Krankheiten in seiner Familie, — von 8 Kindern starben ihm 5 — herunter. Später gab er seine Wirthschaft auf, wobei er abermals einen Verlust erlitt. Dieser Umstand führte bei ihm eine psychische Depression herbei, die ihn im Juni 1877 der Irrenabtheilung zuführte. Hier blieb er im Zustand ruhiger apathischer Depression bis September, wo sich sein Interesse an der Aussenwelt wieder hob, so dass man ihn kurz darauf gebessert entlassen konnte. Zu Hause war er zwar freundlich gegen seine Familie, jedoch auffallend trübsinnig. Der Mangel an einer ordentlichen Stelluug war die Ursache der grossen Dürftigkeit, die bei ihm zu Hause herrschte. Früher immer rücksichtsvoll gegen seine Familie, nahm Pat. in letzterer Zeit einen ungebührlichen Theil der knappen Familienkost für sich in Anspruch, gleichgiltig, ob Frau oder Kinder satt wurden. Gleichzeitig wurde er mürrisch und widerwärtig. Anfangs September stand er Nachts vom Bette auf, lief in der Stadt umher; nach Hause verbracht, ging er mit dem Stuhl auf seine Kinder los und äusserte dabei, er möchte sie nicht mehr.

12. September wurde er von seiner Frau in die Irrenabtheilung verbracht. In den ersten Tagen sehr unzufrieden, am 4. Tage plötzlich Stimmungswechsel, zeigt sich höchst beglückt, erzählt von seiner goldenen Bettstelle, ist grosser Brauereibesitzer, fühlt sich in diesem Bewusstsein zufrieden und glücklich. Am 20. September deutlich auftretende Sprachstörung. Er nimmt nun die Gewohnheit an, unaufhörlich mit den Zähnen zu knirschen und macht rhythmische Flexions- und Extensionsbewegungen im Kniegelenk; mitunter ist er aufgeregt und verlangt stürmisch nach Hause.

Pat. wird mit der Zeit immer schläfriger und schlaffer; rascher geistiger Zerfall. Rechte Pupille weiter als die linke, Zunge zittert stark. Die rythmischen Bewegungen im Kniegelenk bestehen fort. Seit Monaten

hat er Abends auffallende Röthung des Kopfes (kein Chloralrash). Sinnlose Grössendelirien.

31. December Appetit und Schlaf vortrefflich. Durch fortwährendes Knirschen hat sich eine beträchtliche Hypertrophie der Schläfemuskeln herausgebildet. In der Nacht vom 17. auf 18. August 1879 stellte sich ein nicht näher beobachteter Anfall ein, der eine Morgentemperatur von 40° zur Folge hatte. Am 18. gegen Nachmittag ein 2. Anfall. Keine heftigen Krampferscheinungen, nur allgemeine Muskelsteifigkeit. Sehnenreflexe normal; Pupillen reagiren, nur das Sensorium ist völlig reactionslos. Abends Temperaturabfall auf 37,0, während Morgens eine Temperatur von 39,6 und nach dem Anfall eine solche von 41,5 bestanden hatte. Pat. kann keinen Urin lassen. Catheterismus.

Am 19. kein Anfall, auffallend aber Temperaturabfall am Abend. Am 20. und 21. früh 37,7, Abends 38,3, resp. 38,2.

22. Frühtemperatur 37,7. Pat. hat sich bedeutend erholt; kann Urin lassen; bei der Morgenvisite steht er angekleidet im Zimmer; geniesst Brod und Wein, fällt kurz darauf um, bewusstlos, reactionslos. Im Laufe des Tages bis Nachmittag 4½ Uhr stellen sich in kurzen Intervallen 27 tonische Krampfanfälle ein; die Temperaturen während derselben sind folgende:

12 Uhr 42,7; 1 Uhr 42,4; 2 Uhr 42,5; 3 Uhr 42,4; 4 Uhr 42,4; 4½ Uhr 41,5; Exitus lethalis. 1½ Stunden nach dem Tode ergab sich eine Temperatursteigerung auf 41,8; 20 Minuten später eine solche auf 42,0. Messungen wurden immer in der Achselhöhle vorgenommen.

Section ergab: Leptomeningitis mit schwer abziehbarer Pia beider Stirnlappen bis zur Fissura Rolando, dieselben sind in toto atrophisch. Hinter- und Schläfenlappen frei, Marksubstanz des Gehirns hyperämisch, im 4 Ventrikel starke Hyperämien, doppelseitige Lungenhypostase; Leber, Nieren, Milz absolut normal. Intima Aortae hochgradig fettig degenerirt bis zur Aorta abdominalis; Cystitis gangraenosa.

Auch bei diesem Pat. besteht keine Heredität. Bei ihm war häusliche Misere die Ursache zum Ausbruch der nach einem melancholischen Vorstadium von längerer Dauer auftretenden Paralyse. Höchst auffallend werden bei ihm die mit einer Reihe von 27 Krampfanfällen einhergehenden Temperatursteigerungen, die bis nahezu 2 Stunden nach dem Tode anhielten, ja sogar zuletzt noch eine neue Erhebung darboten. Auch hier bestätigte der Sectionsbefund die intra vitam gestellte Diagnose.

III. Bei Beschreibung folgenden Falles bin ich durch äussere Umstände, sowie durch Rücksichten für den Kranken selbst genöthigt, die anamnestischen Daten hinwegzulassen.

VIII. Ich kann hier nur bemerken, dass der Kranke ein beginnender Vierziger, psychisch nicht belastet, intelligent, fleissig, in seinem Berufe sehr tüchtig war und ungefähr vor 10 Jahren Lues acquirirte, die seither keine Recidive gezeigt hat. Die Krankheit begann circa $^3/_4$ Jahre vor seiner Aufnahme mit allerlei hypochondrischen Beschwerden. An diese schloss sich eine Abnahme der psychischen Leistungsfähigkeit, missmuthiges, herrschsüchtiges Wesen an. Mehreremale wurde von den Angehörigen ein Versagen der Sprache beobachtet. Kurze Zeit vor der Aufnahme verfiel der Kranke in einen Zustand hochgradiger motorischer Erregung, der ihn der Abtheilung zuführte.

Pat., ein grosses, hageres Individuum, mit stark hervortretenden Bulbis, ist in der grössten motorischen Erregung; mit heiserer und holpriger Sprache empfängt er den Arzt mit einem wahren Schwall von Grössenideen, er wolle eine Pferdebahn bauen, die an Grossartigkeit alle andern übertreffe; die Mittel dazu (einige Millionen) werde er mit Leichtigkeit auftreiben, im Anatomiesaale wolle er dem Kaiser zu Ehren ein Diner geben, zu dem er S. Majestät telegraphisch einladen wolle; er habe im Feldzug 1870/71 eine ganze Division von der drohenden Vernichtung errettet u. s. w. Diese Ideen malt er nicht ohne Aufwand von Phantasie und Wortgepränge in den grellsten Farben aus. Dazwischen hinein kommandirt er den Wärter, Champagner zu holen, schimpft ihn, da er nicht gleich weggeht, in der brutalsten Weise. 0,02 Morphium sind ohne allen Erfolg. Am folgenden Mittag dasselbe Treiben. Gegen Abend wird er aggressiv gegen die Wärter und Mitpatienten, schreit und schimpft zum Fenster hinaus. Er wird isolirt. Er erhält nun 3 Tage lang Chloral in gebrochenen Dosen von je 0,5, im Ganzen 3 gr täglich. Seine Erregung legt sich zusehends, er äussert nun seine Gedanken in mehr zusammenhängender Form, strotzt aber noch von Grössenideen.

Pat. mässigt seine Wünsche, isst mit gutem Appetit, ist aber beständig mit ungeheuerlichen Projecten beschäftigt, verlangt Papier zur Ausarbeitung von Plänen. Trotz gutem Appetit nehmen die Kräfte des Pat. zusehends ab, während sein psychisches Verhalten ein Ablassen der Grössenideen und Zunahme der Besonnenheit erkennen lassen.

Am 19. Tage seines Spitalaufenthaltes stellte sich durch Frost eingeleitet, eine Temperatursteigerung auf 39,8 ein. An diese schloss sich ein unregelmässiges Fieber mit täglicher Temperatursteigerung bis zu 40,0, ja einigemale bis zu 41,0 an, bald den Typus rectus, bald den Typus inversus einhaltend, ohne dass die geringsten objectiven Symptome, ausser einem leichten Grad von Icterus und dem zweimaligen Auftreten von Albuminurie, nachzuweisen gewesen wären. Die Pulsfrequenz verhielt sich dabei beständig zwischen 80 und 100. Die täglich vorgenommene percutatorische und auscultatorische Untersuchung der Lunge ergab stets ein negatives Resultat. Das Allgemeinbefinden des Pat. war dabei, abgesehen von einem bedeutenden Schwächegefühl, nicht gestört. Der Appetit war ziem-

lich gut, der Durst vermehrt. Während dieser ganzen Zeit äussert X. nur selten spontan seine Grössenideen, hält jedoch immer noch an denselben fest. Er ist ruhig, freundlich, genügsam und dankbar. Während des ganzen Fieberverlaufs nicht die Spur einer motorischen Aufregung.

Am 16 April wird die Temperatur wieder normal, am 17. wird Pat. nach Hause abgeholt. Die weitere Beobachtung ergiebt rasche Zunahme der körperlichen Kräfte bei dauernd normaler Temperatur. Pat. bleibt noch monatelang sehr empfindlich, seine unsinnigen Projecte beschäftigen ihn noch immer, treten aber mehr und mehr in den Hintergrund. Nach einem längeren Badeaufenthalt kehrt er psychisch frei zurück, um einen Monat später in seine frühere Stellung einzutreten. Er belächelt nun seinen Grössenwahn, hat Krankheitseinsicht, aber nur theilweise Erinnerung an das Blüthestadium seiner Krankheit. Nunmehr ist er seit einem Jahre in seiner früheren Stellung, ohne dass irgend welche Unzuträglichkeiten eingetreten wären. Die psychischen Symptome haben sich verloren, jedoch blieb, wie X. selbst fühlt, eine geringe Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit, ein rasches Ermüden und etwas Schwerbesinnlichkeit zurück. Auch die motorischen Erscheinungen, die früher sehr deutlich ausgesprochen waren, haben sich ebenfalls verloren, so hat Pat. auf Bällen öfters getanzt, jedoch zeigt sich nicht selten Schwerfälligkeit in der Articulation und Silbenstolpern bei längerem Sprechen.

Dieser Kranke war ebenfalls hereditär nicht belastet. Von der früher bestandenen Lues war nicht die Spur mehr zu erkennen. Der Zusammenhang mit der Paralyse wird auch durch die Erfolglosigkeit einer vor dem Eintritte vorgenommenen antiluetischen Behandlung in Frage gestellt. Eine äussere Veranlassung zum Ausbruche des Leidens fehlt bei X., der in den günstigsten Verhältnissen lebte. Der Verlauf war hier ein merkwürdig günstiger, die Besserung eine derartige, dass sie einer scheinbaren Heilung gleich zu rechnen ist. Ganz besonders bemerkenswerth ist aber bei diesem Falle die mitten im Krankheitsverlauf auftretende Temperaturerhöhung, die ohne eine Aenderung im psychischen Krankheitsbilde und ohne objective somatische Krankheitssymptome 11 Tage lang fortbestand und nach höchst unregelmässigem Verlaufe am elften Tage zur Norm zurückkehrte, abermals ohne irgend welche Aenderungen im psychischen Krankheitsbilde zu bedingen. Hier dürfte die Annahme gerechtfertigt sein, dass ein idiopathisches, durch intracerebrale Vorgänge bedingtes Fieber, das weder durch irgend eine Lungenaffection *(Westphal)* hervorgerufen, noch auch im Anschlusse an einen paralytischen

Anfall *(Simon)* aufgetreten war, vorliegt. Nicht unerwähnt möchte ich hierbei die zweimalige Albuminurie während des Fieberverlaufes lassen.

Von vorzüglicher Wirkung war das im höchsten maniakalischen Stadium gereichte Chloral in gebrochenen Dosen (0,5 sechsmal täglich). Pat. wurde bereits am zweiten Tage bedeutend ruhiger und besonnener, ohne dass sich schädliche Nebenwirkungen irgend welcher Art dabei zeigten. Auch in anderen Fällen von Aufregungszuständen konnten wir eine ähnliche günstige Beeinflussung constatiren.

Delirium tremens.

Von den 39 Fällen dieser Erkrankungsform, die hier beobachtet wurden, endeten 12 tödtlich. Von diesen gehören 7 dem complicirten, d. h. mit schweren somatischen Krankheiten einhergehenden oder durch solche bedingten, 5 dem nicht complicirten Delirium tremens an. Diese 5 letzteren verdienen eine ausführliche Mittheilung:

IX. Peter Z., 40 Jahre alt, Müllersknecht, rec. 15. Juli 1880 Ueber Heredität ist nichts bekannt. Pat. machte den Feldzug 1866 mit, trat später als Mühlknecht in verschiedene Dienste, heirathete 6 Jahre vor seiner Aufnahme, zeugte 3 Kinder, von denen eines scrophulös ist. Im September 1879 gerieth er unvorsichtiger Weise in das Mühlgetriebe, wodurch ihm der Arm derart zermalmt wurde, dass der Arzt eine Amputation am Oberarm vornahm. Nach seiner Heilung ergab sich Z., der früher sehr solid und fleissig war, immer mehr dem Trunke. Von der ihm zugewiesenen Entschädigungssumme verbrauchte er weitaus den grössten Theil für seine Alkoholexcesse. Er arbeitete nichts mehr und wurde vollkommen impotent.

Am 3 d. M., nachdem er mehrere Tage lang vorher stark excedirt hatte, klagte Pat. über grosse Schwäche, Mattigkeit und Appetitmangel. Vom 3. 10. war er, angeblich fieberfrei, bettlägerig, schlief die Nächte nicht, zuckte bei dem geringsten Geräusch heftig zusammen, ass und trank wenig. Vom 10.-15 wurde er immer unruhiger, schwatzte verworrenes Zeug, liess sich nicht im Bette halten, bedrohte seine Frau, so dass ihn diese in das Juliusspital verbrachte. Pat. ist ein kräftig gebauter Mensch; Hautfarbe blass, die Schleimhaut cyanotisch. Die Augen sind eigenthümlich glänzend, der Blick stier; die Zunge trocken belegt, zeigt fibrilläre Zuckungen. Die Percussion der Lunge ergiebt nicht unbeträchtliches Emphysem. Pat., der halbschlummernd zu Bette liegt, giebt mit lallender Stimme allgemein richtige Antworten, unterbricht aber seine Sätze durch ausser allem Zusammenhang stehende Redensarten, die auf einen gewissen

Grössenwahn schliessen lassen. Sich selbst überlassen, murmelt er halblaut vor sich hin, stöhnt öfters, ohne über besondere Schmerzen zu klagen. Abends stellt sich unter Fiebererscheinungen ein comatöser Zustand ein, aus dem Pat. nur zeitweise unter Stöhnen erwacht, um einige unverständliche Worte zu murmeln und wieder zurückzusinken. Urin lässt er unter sich, ist frei von abnormen Bestandtheilen; an der Lunge keine Veränderung. Bei der Abendvisite liegt Pat. in ganz somnolentem Zustande zu Bette, die Athmung ist beschleunigt und oberflächlich.

Ganz deutlich ausgesprochen ist eine Parese beider Faciales; die Backen werden durch den respiratorischen Luftzug wie ein schlaffes Segel hin und her bewegt, wodurch ein eigenthümlich schlappendes Geräusch entsteht. Ausserdem bemerkt man die ganze Musculatur des Rumpfes und der Extremitäten einnehmende klonische Krämpfe. Arme und Beine werden in Pausen von einigen Minuten rasch gebeugt und gestreckt, und der Rumpf in die Höhe geschnellt. Pat. erwacht dabei nicht. Schlucken unmöglich. Nachts Anhalten des somnolenten Zustandes mit oft unterbrechenden klonischen Krämpfen.

16. Krämpfe haben nachgelassen, Pat. ist nicht mehr zu wecken, sein Gesicht ist ausdruckslos, ohne Falten, ganz glatt. In allen Extremitäten ein nicht geringer Grad von Muskeltonus. Puls klein, weich und unregelmässig. Respiration oberflächlich, in beiden Lungen grossblasige Rasselgeräusche. Um halb 12 Uhr Exitus lethalis.

Die Section, die durch Herrn Hofrath *Rindfleisch* vorgenommen wurde, ergab:

Schädeldach schwer, Verdickung längs den Suturen. Dura durch blutreiche Gefässe mit dem Schädel verwachsen. Im Sinus longitudinalis flüssiges Blut, Verengerung der Gefässe der Gehirnhäute, venöse Hyperämie der Pia und Atrophie, Stauungsödem der subarachnoidealen Räume, aus welcher immer neue seröse Flüssigkeit sich entleert.

Der Hydrocephalus externus setzt sich fort in eine mächtige Flüssigkeitsansammlung der subarachnoidealen Räume des Rückenmarks. Auch die basalen Sinus mit lediglich flüssigem Blute gefüllt. Arterien der Basis weich, nicht atheromatös, aber sehr zartwandig. Venöse Hyperämie aller Theile der Basis und des Kleinhirns. Besonders auffallend ist die stark milchweisse bis gelblichweisse Färbung der verdickten Pia. Seitenventrikel mit Liquor ziemlich stark gefüllt. Ependym meist lederartig verdickt, besonders am Fornix und der Fläche des Corpus callosum. Der Durchschnitt zeigt sofort eine hochgradige Verkleinerung und Verdünnung der Hirnrinde, namentlich der Scheitelgegend und der Stirngegend. Es misst die Dicke an einem Gyrus des Scheitels 2 mm, zugleich ist die rein graue Schicht weiss gefärbt und härter als normal. An dem benachbarten Gyrus beträgt die ganze Dicke der Hirnrinde 3 mm.

Das Ependym des 4. Ventrikels fühlt sich wie Handschuhleder an. Enorme Füllung des Herzens mit Blut. Aorta von kleinem Kaliber. An

den Lungen die Erscheinungen chronischer Lungenhyperämie, Emphysem, Lungen gut lufthaltig. In der Schleimhaut des Magens, 2 cm von dem Pylorus entfernt, findet sich ein flaches Geschwür von rundlicher Gestalt, daneben ein quergestelltes und ein drittes linsenförmiges. Leber normal. Rindensubstanz der Nieren etwas verschmälert.

X. Michael M., 58jähriger Schuster, aufgenommen am 10. Januar 1877. Pat. stammt aus einer gesunden Familie, war früher ein fleissiger und tüchtiger Arbeiter und Familienvater, hat sich aber seit 9 Jahren sehr stark dem Trunke (Wein, Bier) ergeben. Ausser Pleuritis soll er vor 4 und 2 Jahren Insulte von Delirium tremens durchgemacht haben. Am 6. d. M. stiess er, schwer berauscht, mit dem Kopfe an einen Holzstoss, wodurch er sich eine heftige Entzündung des rechten Bulbus mit Blutergiessungen zuzog. Am 8. wurde er in die Augenklinik aufgenommen. Gestern Abend (9.) zeigte Pat. plötzlich eine grosse Unruhe, zitterte am ganzen Körper, verwechselte Ort und Personen, weshalb er in die Irrenabtheilung verbracht wurde.

Pat. ist gut gebaut und genährt; sein Gesicht ist gedunsen, sein Blick ist unstät, der ganze Gesichtsausdruck ein schlaffer. Sehr starker Tremor der Hände, der Zunge und des Unterkiefers, convulsivische Zuckungen der Gesichtsmusculatur. Pat. glaubt sich im Wirthshaus, spricht den Arzt Herr Lehrer an, läuft unruhig im Zimmer herum, verbigerirt mit lallender sich überstürzender Stimme, meint, er werde nun von 2 Gendarmen zu einem gerichtlichen Verhöre geführt, äussert heftige Angst, will nicht aus dem Zimmer auf den Corridor hinausgehen. Tagüber hat Pat. gegessen und mit Gier $^1/_2$ L. Wein getrunken.

Nach einer trotz Chloral (2,5) schlaflos verbrachten Nacht zeigt Pat. am 11. Januar stärkere Unruhe, ist gar nicht zu fixiren, delirirt fortwährend, zählt unter Anderm eine Stunde lang beständig die Zahlen von 1—100, trotz Darreichung von Wein collabirt Pat. zusehends, Puls sehr klein, Respiration oberflächlich; auch heute kein Fieber.

12. Januar. Nach einer unruhigen Nacht wird Pat. etwas ruhiger, lässt sich Suppe mit Eier eingeben, trinkt gierig 3 Schoppen Wein; sehr starker Tremor und gegen Abend Somnolenz, Temperatur Mittags 12 Uhr 35,5 in der Achselhöhle und 35,9 im Rectum. Puls klein (72); an der Lunge nichts Besonderes.

13. Januar. Lungenschall heute früh links hinten etwas dumpf, jedoch kein Rasseln; Urin eiweisshaltig. Pat. befindet sich in soporösem Zustand, Hyperästhesie und grosse Weichheit des rechten Bulbus bei heruntergesetzter Reflexthätigkeit der Haut.

14. Jan. Früh halb 7 Uhr Exitus lethalis, Temperatur früh 6 Uhr 37,0.

Die Section ergab Folgendes: Dura adhärent, aus dem Tentorium entleert sich reichlich blutige Flüssigkeit; Pia über dem Stirnlappen leicht verdickt, Gefässstämme schwach gefüllt, ohne Veränderung. Entlang des Längssinus finden sich Pacchionische Auflagerungen. An der Convexität

des Gehirns, längs der grossen Gefässe, kleine weisse Flecken; das Gehirn auffallend fest und derb, die Rindensubstanz, insbesondere der Linsenkern und Corpus striatum, fleckweise geröthet; ebenso die Marksubstanz, die centralen Ganglien und der Boden des 4. Ventrikels; sehr starke Hyperämie der Capillargefässe; auch aus den Venencapillaren fliesst reichlich Blut. Auch der Pons hat in den kleinen Venen reichlich Blut. Das Herz fett, ebenso zeigt die Leber Fettinfiltration besonders der linke Lappen; die Lungen ziemlich blutreich, ödematös, Luftgehalt durchgehend erhalten. Die Nieren sind sehr gross, hyperämisch, in der Rindensubstanz stark verfettet; Magenschleimhaut mit zähem Schleim bedeckt, blass, stellenweise leicht verdickt. An der Aorta wenig Atherom.

XI. Karl K., Mechaniker, verheirathet, 37 Jahre alt. Heredität besteht nicht. Seit seinem 15. Jahre leidet K. an Epilepsie, deren Ursache unbekannt ist. Die Anfälle wiederholten sich in Pausen von 6 Wochen bis 6 Monaten. Bereits im 18. Jahre fing Pat. an, stärker zu trinken. Insbesondere hat sich in den letzten 6 Jahren seine Trunksucht derart gesteigert, dass Pat. täglich 10—12 Glas Bier und Morgens eine beträchtliche Quantität Schnaps vertilgte. Seit 2 Jahren Häufung der Anfälle; oft mehrere an einem Tage, jedoch in monatelangen Intervallen auftretend. Seit 10 Jahren ist er verheirathet, gegen seine Frau war er im Ganzen ordentlich, aber sehr aufbrausend; in geschlechtlicher Beziehung kalt. Er ist Vater von 3 Kindern, von welchen zwei leben und gesund sind.

Am 2. März 1877 stellten sich, nachdem Pat. vorher in der gewohnten Weise excedirt hatte, 3 heftige epileptische Anfälle hintereinander ein; nach denselben blieb Schwindelgefühl bestehen; doch war das Bewusstsein intact.

Am 4. März äusserte Pat. plötzlich auffallendes Furchtgefühl, will nicht allein im Zimmer sein, sieht Mücken und Spinnen, spricht von Teufel und Hölle.

Am 5. März zeigt Pat. abwechselnd Furchtgefühl und tobsüchtige Aufregung; er schreit fürchterlich, zerschlägt verschiedene Gegenstände mit dem Rufe: „ich muss ihn todt schlagen“. Bei dem Transport in das Spital, der am selbigen Nachmittag erfolgte, äusserte Pat., man bringe ihn nur dahin, weil man ihm den Bauch aufschneiden und die Gedärme putzen wolle. Pat. ist vorübergehend zu fixiren, klagt, dass es ihm toll im Kopfe, spricht in lallender Weise, da seine Zunge dick aufgeschwollen ist.

Status: Hohe Statur, kräftiger Bau, starke Musculatur und ungewöhnliches Fettpolster. Haut icterisch verfärbt, über Brust und Schultern zahlreiche Petechien; Respiration ruhig und ausgiebig. An der Lunge nichts Abnormes. Temperatur 38,0, Puls 120, voll, gross. Herztöne rein und laut. Nabelhernie. Lebergrenze normal. Sehr starker Tremor der Hände und Zunge; an letzterer verschiedene Bisswunden und Hämorrhagien; Abends isst Pat. sehr wenig; hat Gesichts- und Gehörshallucinationen, denen er schreiend antwortet. Gang etwas schwankend. Besonnenheit und Erinne-

rungsvermögen grösser als Tags über. Da er laut schreit und nicht zur Ruhe kommen will, erhält er um $^1/_2$9 Uhr eine Morphiuminjection (0,04); um 10 Uhr schrie er noch, um $^1/_2$1 Uhr Nachts war er noch unruhig, strampfte die Bettdecke von sich, sprach aber nichts, die Respiration war dem Wärter nicht auffallend. Um 3 Uhr fand ihn der Wärter todt, noch ganz warm.

Section von Hrn. Privatdocent Dr. *Ziegler:*

Bei der Herausnahme des Gehirns entleerten sich Mengen dunklen flüssigen Blutes; Pia an der Basis nur mässig Blut haltend. Arterielle Gefässwände ohne atheromatöse Veränderung. Dura fest adhärent; Gefässe derselben bluthaltig. Pia im Stirntheil weisslich verdickt. Hämorrhagien in derselben, am Centralhirn, Stirnhirn und Zwickel; daneben mehr braunrothe Flecken von älteren Hämorrhagien herrührend. Pia leicht abziehbar. Ihre Gefässe entleeren reichlich Blut. Hirnsubstanz in den hinteren Theilen von vielen Blutpunkten durchsetzt, Substanz ohne besondere Veränderung. Ependym feucht und glänzend. Die Centralganglien feucht, zeigen leichtfleckige Röthung. Fettpolster am Bauch zwischen 5 und 10 cm dick. Subperitoneales Fettgewebe stark vermehrt, bis zu 2 cm. Musculatur des rechten Herzens von Fett durchwuchert, Klappen wenig verändert; Musculatur links mässig hypertrophisch, sehr geringes Oedem der Lungen; Milz vergrössert, dunkelbraunroth. Nieren sehr blutreich, Lebersubstanz cirrhotisch.

XII. Jakob R., 41 Jahre alt, Wirth, aufgenommen 24. Sept. 1876, stammt aus einer Trinkerfamilie, die sich durch ihre Extravaganzen in sehr üblen Ruf gebracht hat, einer seiner Brüder war geisteskrank. Pat. seit Jahren Potator strenuus, seit einem Jahre Wirth. In den letzten 3 Monaten soll er nicht aus dem Rausche herausgekommen sein. Vier Wochen vor der Aufnahme hatte er einen Anfall von Convulsionen mit Bewusstseinsstörung. Dieser Anfall wiederholte sich am 22. und 23. Sept. und wurde von dem hinzugerufenen Arzte als epileptiform bezeichnet. (Pat. war nie epileptisch.) Am 23. Abends stellten sich heftige Delirien mit Gesichtshallucinationen (Mäuse, Hunde, Soldaten) ein. Am folgenden Tage wurde er in das Spital verbracht.

Pat. gut gebaut, mit schlaffer Musculatur und starkem Fettpolster, kann sich nicht aufrecht erhalten. Sämmtliche Extremitäten befinden sich in starkem Tremor. Die Zunge, die bräunlich belegt und trocken ist, und 2 erhebliche Defecte (wahrscheinlich durch Biss verursacht) zeigt, wird ruckweise vorgestreckt. Die Extremitäten sind cyanotisch, an den Armen finden sich mehrere Blutsuffusionen, das Gesicht ist gedunsen, etwas cyanotisch. Hauttemperatur erhöht, wegen Unruhe des Kranken nicht messbar. Puls frequent und klein.

Im Bereich des linken Unterlappens Rasselgeräusche. Pat. spricht beständig vor sich hin, giebt jedoch auf Anreden Antwort, agitirt mit den Händen umher, bleibt nicht im Bette, hält sich unrein. In der folgenden Nacht wird er durch Wärter im Bette gehalten.

25. Sept. Pat. delirirt beständig, sieht Feuer und Gestalten, klagt viel über Durst, trinkt Tags über $^1/_2$ L. Wein; Temperatur Morgens 39,3; Abends 39,5; Eiweiss im Urin. Herztöne schwach; Respiration beschleunigt.

26. Sept. Das Sensorium ist heute freier, Tremor geringer; Appetit besser, Puls etwas kräftiger. Links unten an der Lunge vermehrte Rasselgeräusche ohne Dämpfung; Abendtemperatur 39,0.

27. Sept. Pat. hält sich heute rein; delirirt wenig; Tremor gering, Appetit besser. Abendtemperatur 37,6; bis 29. Mittag Status idem.

Am 29. Nachmittag steigert sich der Tremor und das Delirium. Der Kranke wird immer zusammenhangsloser; Abends Temperatursteigerung (38,5).

30. (Nachmittags). Nachts ging der Urin wieder in's Bett; stärkere Delirien, Sprache lallend. Puls klein; Herztöne schwach. An der Lunge links unten reichliches Rasseln. Unter zunehmender Benommenheit und Cyanose tritt unter Erscheinungen von Lungenödem Abends 8 Uhr im Coma der Tod ein, nachdem kurz vorher noch eine Temperatursteigerung auf 39,4 beobachtet war. Die tägliche Untersuchung des Urins ergab stets grosse Mengen Eiweiss, keinen Zucker.

Die Section, die von Hrn. Hofrath *Rindfleisch* vorgenommen wurde, ergab Folgendes:

Schädeldach dünn. Mächtiges Oedem der Pia mater neben Erweiterung der Venen und Hyperplasie des perivasculären Bindegewebes. Grosse Mengen Liquor cerebrospinalis. Verkäste, weissgelbe Massen in beiden Plexus chorioidei. Gallertiges Bindegewebe deckt den ganzen Boden der Rautengrube.

Nieren atrophisch. Mässige Cirrhose der Leber. Magen im katarrhalischen Zustande.

XIII. Georg K., 46jähriger Kutscher, aufgenommen am 11. Mai 1880. Pat. stammt aus einer phthisischen Familie, über sein Vorleben ist nur bekannt, dass er öfters an Halsaffectionen, einmal an Gesichtsrose gelitten und ein sehr starker Potator gewesen ist. Am 15. Mai wurde er von der medicinischen Abtheilung, wo er wegen gastrischer Störungen, verbunden mit heftigen Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit, behandelt worden war, auf die Irrenabtheilung transferirt, weil er in der vorhergehenden Nacht aus dem Bette aufgestanden war und unzusammenhängendes Zeug gesprochen hatte. Temperatur bei der Aufnahme 37,4.

In der Nacht vom 11. auf 12. stand Pat. mehreremale vom Bette auf, wollte seine Pferde anspannen, liess sich aber leicht wieder beruhigen und in sein Bett zurückführen.

Am 12. Morgens sitzt Pat. im allgemeinen Zimmer, giebt auf Fragen schläfrige Antworten, sinkt sogleich wieder in den Stuhl zurück. Zunge und Hände zittern stark; Zunge ist belegt, Appetit fehlt, Delirien sind nicht vorhanden. Mittags 3 Uhr tritt heftiger Tremor auf; die ganze Körpermusculatur ist in schüttelnder Bewegung. Mit dem Eintreten dieser

motorischen Erscheinungen geht eine Temperatursteigerung einher, die am Abend eine Höhe von 39,4 erreicht. Abends 8 Uhr liegt Pat. schläfrig und ruhig da, scheint jedoch den undeutlich gegebenen Antworten zufolge im Ganzen bei Bewusstsein zu sein. An der Lunge finden sich besonders R. H. U. Rasselgeräusche, über die ganze Lunge hin Schnurren und Pfeifen. Die Nacht wird ziemlich ruhig verbracht.

13. Mai früh 7 Uhr. Pat. liegt comatös zu Bette, deutlich in die Augen springend ist eine rechtsseitige Lähmung des Facialis. Das rechte Augenlid sinkt herunter, wird auf Anrufen nur wenig erhoben; der Mund ist verzogen, der rechte Mundwinkel ist bewegungslos, während sich der linke noch bei jedem Athemzuge bewegt. Die Contractionen der Augenmuskeln sind nicht mehr coordinirt, die Bulbi nehmen verschiedene physiologisch unmögliche Stellungen zu einander ein, die Pupillen sehr eng, reagiren auf Licht sehr wenig. Die weitere Untersuchung ergiebt complete Lähmung der rechten oberen und unteren Extremität. Beide fallen, erhoben, schlaff und haltlos zurück; an der Lunge Zeichen fortgeschrittener Hypostase. Die Athmung geschieht hauptsächlich diaphragmatisch; Nacken steif.

Pat. kann durch Anschreien aus seinem comatösen Zustand erweckt werden, versucht mit lallender Stimme zu antworten, was aber nicht gelingt und sinkt sofort wieder zurück. Der mit dem Katheter entleerte Urin ist frei von abnormen Bestandtheilen; die Sensibilität ist, soweit sie geprüft werden kann, rechts herabgesetzt. Der Versuch, Wein einzugeben, misslingt, weil sich Pat. sofort verschluckt. Unter Zunahme des comatösen Zustandes erfolgt Mittags 2 Uhr Exitus letbalis, nachdem sich die Temperatur beständig zwischen 38,0 und 39,0 bewegt hatte.

Section (Hofrath *Rindfleisch*): Gut genährtes Individuum, leichte Asymmetrie des Schädeldaches, die linke Hälfte erscheint grösser als die rechte. Dura dünn, sehr blutreich, von zahlreichen Ecchymosen durchsetzt, im Sulcus longitudinalis wenig schlecht geronnenes Blut. Pia ödematös, in der Scheitelgegend milchig getrübt, starke Hyperämie. Die Injection der mittelstarken und kleinen Gefässstämmchen erstreckt sich über die ganze Gehirnoberfläche. Aus dem Rückgratskanal entleert sich reichlicher Liquor cerebrospinalis; in beiden Fossae Sylvii eitrige Infiltration der subarachnoidealen Räume, die insulär auftritt und mehr oberflächlich geblieben ist, mässige Miliartuberculose der arteriellen Gefässe, Seitenventrikel erweitert; Ependym fleckig geröthet, nicht getrübt; durchgängig fleckige, rosige Hyperämie des Gehirns bei guter Consistenz. Innere Schichte der Rinde stark geröthet. Ependym des 3. Ventrikels Sitz einer Hyperämie mit zahlreichen Ecchymosen. Trichter enorm erweitert. Im 4. Ventrikel Verdickung und Röthung des Ependyms; in der Medulla oblongata fleckige Hyperämie.

Herz reichlich mit Fett umwachsen, braun; Ursprungsstelle der Aorta oberflächlich atheromatös, Klappen leicht verdickt. Rechte Lunge nur in der Spitze gehörig lufthaltig und der übrige Theil derselben hyperämisch mit Serum gefüllt. Linke Lunge in gleichem Zustande. Die Hypostase

erstreckt sich jedoch hier nur auf den Unterlappen. Bronchialschleimhaut mit eitrigem Schleim bedeckt, die Nieren in der Rindensubstanz verschmälert, mit fettiger Entartung an einzelnen Stellen.

Die Voraussetzung des habituellen Alkoholgenusses, die man überhaupt für das Zustandekommen des Delirium tremens annimmt, trifft also bei sämmtlichen hier beschriebenen Kranken zu.

Was die Gelegenheitsursache zum Ausbruche desselben anlangt, so werden angegeben: Gehäufte Alkoholexcesse (Fall I u. IV), Verletzung (Fall II), Steigerung des chronischen Magenkatarrhs (Fall V). Im dritten Falle — bei einem seit 19 Jahren an Epilepsie Leidenden — waren es offenbar rasch auf einander folgende epileptische Insulte, die das veranlassende Moment abgaben.

Ein Prodromalstadium war deutlich ausgesprochen bei dem I., II. und V. Kranken und äusserte sich wie gewöhnlich in Appetitmangel, Schlaflosigkeit, Unruhe, Mattigkeit und vereinzelt auftretenden Hallucinationen. Bei dem IV. Pat. eröffnete ein epileptiformer, offenbar auf alkoholischer Basis entstandener Anfall das sich unmittelbar anschliessende Delirium. Die Delirien waren in allen Fällen schreckhafter Natur, mit Ausnahme des ersten, bei dem Grössenideen bestanden. (Wie lebhaft solche Delirien, beweist ein hier nicht beschriebener Fall, indem ein Kranker, der Ratten auf sich loskommen sah, in einen Laden lief, Zucker kaufte und denselben um sich herstreute, um die vermeintlichen Thiere von sich abzulenken.)

Die maligne Natur eines gleichzeitig bestehenden Fiebers zeigte sich deutlich, denn in 4 Fällen bestand ein solches (Fall I, III, IV, V). Nichtsdestoweniger verlief aber auch bei dem II. Kranken, bei dem sogar einmal subnormale Temperatur constatirt wurde, das Delirium in 4 Tagen tödtlich. Die günstige Prognose, die *Magnan* solchen fieberlosen Fällen von Delirium tremens stellt und denen er den Namen „Délire alcoolique“ giebt, hat sich also hier nicht bestätigt.

Albuminurie fand sich zweimal (Fall II u. IV). Bemerkenswerth ist, dass gerade bei dem II., fieberfreien Kranken Eiweiss im Urin auftrat.

Die Dauer des Anfalles bewegt sich zwischen 1 Tag (Fall I u. III) und 6 Tagen (Fall V).

Heredität war nur bei dem IV. Pat. nachzuweisen; doch war im Fall III die Epilepsie das disponirende Element.

Als Recidiv trat das Delirium nur bei dem II. Pat. auf, nachdem ein solches bereits 4 resp. 2 Jahre vorher glücklich abgelaufen war.

Die Sectionsergebnisse bieten eine ziemlich reiche Ausbeute: Hyperämie des Gehirns bestand in allen Fällen, ausserdem in Fall V reichliche Ecchymosen, die bis in die Medulla oblongata hinabreichten. Hydrocephalus ext. war in ganz colossalem Umfange bei dem ersten Falle zu constatiren. Leptomeningitis war dreimal (I, II, III) vorhanden. Ausserdem war in Fall I eine hochgradige Atrophie der Hirnrinde in der Scheitel- und Stirngegend und weissliche Verfärbung derselben deutlich. Die Autopsie der anderen Organe lieferte die gewöhnlichen Befunde des Alcoholismus chronicus in höherem oder geringerem Grade.

Bemerkenswerth ist endlich noch bei dem ersten Fall, der sich überhaupt durch sein reiches Sectionsergebniss auszeichnete, das gleichzeitige Vorhandensein von Ulcera ventriculi.

Irresein bei somatischen Krankheiten.

Es wurde während des beregten Zeitraumes in 63 Fällen das Vorkommen von Psychosen im Verlaufe oder im Anschluss an somatische Krankheiten beobachtet. Es sind davon diejenigen abgerechnet, die bei Säufern die Gelegenheitsursache zum Ausbruch eines Deliriums abgaben.

Heilung wurde erzielt in 23, Besserung in 10 Fällen, ungeheilt mussten entlassen werden 14 Kranke, 15 starben, einer verblieb.

Die somatischen Erkrankungen, die hier in Betracht kommen, sind, ihrer Häufigkeit nach geordnet, folgende:

Inanitionzustände verschiedener Art	waren	11 mal,
Typhus	„	11 „
Pneumonie	„	10 „
Phthisis pulm.	„	6 „
Acute Miliartuberculose	„	3 „

Erysipelas faciei	waren	3 mal,
Vitium cordis	„	3 „
Meningitis	„	3 „
Phlegmone des Armes	„	1 „
Intoxication durch subcutane Inject. v. Strychnin	„	1 „
Morbus Brightii	„	1 „
Pleuropneumonie	„	1 „
Peritonitis	„	1 „
Carcinoma ventriculi	„	1 „
Multiple Sklerose des Hirns u. Rückenmarks	„	1 „
Meningitis spinalis	„	1 „
Otorrhoe	„	1 „
Gonitis suppurativa	„	1 „
Bleivergiftung	„	1 „
Urämie	„	1 „
Rheumatismus artic. acut.	„	1 „

die Veranlassung zum Ausbruch einer Psychose.

Folgender Fall, der im Anschlusse an einen acuten Gelenkrheumatismus entstanden ist, verdient einer näheren Erwähnung.

X. Rosa R., jüdische Händlerstochter, 26 J. alt, rec. 27. April 1879. Der Vater starb phthisisch, die Mutter verlor die Pat. in ihren ersten Lebensjahren. Eine Schwester des Vaters war geisteskrank. In ihrer Jugend litt R. an einer scrophulösen Augenerkrankung.

Sie war ein leicht erregbares, fleissiges und gewissenhaftes Mädchen, erkrankte Anfang März 1879 nach ungewöhnlichen Anstrengungen bei der Pflege kranker Anverwandter an acutem Gelenkrheumatismus, der nach Ablauf von 4 Wochen bis auf einen höheren Grad von Anämie geheilt zu sein schien, insbesondere war keine Complication seitens des Herzens vorhanden. Plötzlich verschlimmerte sich ihr Zustand wieder, der den Arzt zur Diagnose einer entzündlichen Affection der Hirnhäute veranlasste. Die Erregung ging aber bald in einem melancholischen Gemüthszustand über, der mit exaltirten Zuständen wechselnd sich in allgemeiner Unruhe, Selbstanklagen, Schlaflosigkeit, unverständlichen Delirien manifestirte. Einige Male machte die Kranke Selbstmordversuche, so dass man sich veranlasst sah, sie auf die Irrenabtheilung zu verbringen.

Hier ist sie in den ersten Tagen völlig ruhig und geordnet in ihrem äusseren Verhalten, dagegen nicht vermögend, auch nur die einfachste Frage verständig zu beantworten. Auf allen Fragen hat sie nur einige stereotype Redensarten, kurze Sätze, die sie nie auf einmal zu vollenden vermag, z. B.: „Ich halt' mich — ich halt' mich an den lieben Gott."

Bald fängt sie auch an, derlei Redensarten spontan ein Dutzend Mal vor sich hinzuplappern, stets mit der gleichen Schwierigkeit, die Schlussworte zu finden.

Einige Male musste sie, da sie durch ihr beständiges Gerede den anderen Patienten lästig wurde, separirt werden. Bei der physikalischen Untersuchung leistet sie den heftigsten Widerstand, so dass man sich genöthigt sieht, die Untersuchung des Herzens, die ein negatives Resultat ergab, in der Chloroformnarkose vorzunehmen.

Trotz der Fortschritte, die sie in der Zungengeläufigkeit macht, tritt nicht das mindeste Zeichen von Besonnenheit ein. Sie verkennt Ort und Zeit ihrer Umgebung, zeigt sogar Andeutungen von Gehörshallucinationen insultirenden Charakters. So beklagt sie sich z. B. in weinerlichem Tone über die Leute, die sie aus allen Ecken heraus schimpfen und zum Unrecht verleiten wollen.

Bei dem Besuche ihrer Angehörigen ist sie abstossend, wirft denselben ständig vor, sie wollen sie „verkleinern“. Gegen die anderen Kranken wurde sie öfters aggressiv, weil diese ihre Kleider anhätten.

Die Menstruation, die früher regelmässig, aber spärlich gewesen war, ist seit der Erkrankung nicht mehr aufgetreten.

Nachts ist sie viel ruhiger, hielt sich aber einigemale unrein.

Juli 1879. Pat. konnte auf die ruhige Abtheilung versetzt werden. Sie ist hier disciplinirt, spricht aber nur selten ein vernünftiges Wort, lacht oft unmotivirt laut oder leise vor sich hin, ist über ihre Umgebung immer noch nicht recht im Klaren. Sie arbeitet nur sehr wenig, sitzt beständig die Hände im Schooss da. Hundertmal wiederholt sie die Bitte: „Lasset mich zu meiner Mama, ich bin jetzt ganz gesund, ich bin so gescheidt wie Sie.“ Am 21. Juli kommt Mutter und Bruder zu Besuch. Sie begrüsst sie mit Freuden, ist zwar nicht recht fähig, ein zusammenhängendes Gespräch mit ihnen zu führen, doch macht sie auch keine direct verkehrten Aeusserungen. Sie wird versuchsweise nach Hause entlassen. Ueber den weiteren Verlauf der Psychose ist uns nichts bekannt.

Es ist hier offenbar kein Zweifel, dass der acute Gelenkrheumatismus, resp. die durch denselben bedingte Anämie bei der hereditär belasteten Kranken nur die Gelegenheitsursache zum Ausbruch einer Geisteskrankheit war. Eine sog. rheumatische Psychose, die in directem Zusammenhang mit der Gelenkaffection stände und etwa bedingt wäre durch capilläre Embolieen oder durch anderweitige materielle Erkrankungen des Gehirns oder seiner Häute hier anzunehmen, dürfte hier mit Rücksicht auf das Fehlen einer Herzcomplication und das Auftreten der psychischen Erkrankung im Stadium der Reconvalescenz direct von der Hand zu weisen sein.

Irresein bei materiellen Hirnläsionen. Tumor cerebri.

Die beiden Fälle, die hier einer genaueren Beschreibung werth sind, sind folgende:

XIV. Johann W., 41jähriger, verh. Bauer, ohne hereditäre Belastung, wuchs in guten Verhältnissen auf, erwarb sich in der Schule sehr gute Zeugnisse, soll aber von jeher etwas nervenschwach gewesen sein. Er übernahm dann später die Oekonomie seines Vaters und heirathete, 25 J. alt, im J. 1862. Aus der Ehe stammen 6 Kinder, von denen das älteste im J. 1863, das jüngste im Frühjahr 1877 zur Welt kam. Dieselben sind sämmtlich gesund; aber bereits 2 J. nach seiner Verheirathung (1864) zeigten sich Spuren geistiger Störung beim Pat. Er vernachlässigte seine Arbeit, ergab sich immer mehr dem Trunke, und vergeudete in der sinnlosesten Weise sein Vermögen, so dass sich seine Frau genöthigt sah, ihn unter Curatel zu stellen (1866). Seit dieser Zeit verschlimmerte sich sein Zustand immer mehr. Alles, was er erreichen konnte, schleppte er aus dem Hause, um es zu verkaufen, veräusserte sogar einmal seine Leibwäsche, um seinem unbändigen Hang zum Trinken nachgehen zu können.

Eclatanter wurde die psychische Störung jedoch im April 1878. Hier äusserte er nach einer Beichte auf einmal unmotivirte Selbstanklagen, er habe unschuldiges Blut verrathen, die schwersten Sünden auf sich geladen. In der Folgezeit wurde er auffallend ängstlich, kroch z. B. in einen Kleiderschrank, verwehrte seiner Frau den Eintritt in's Zimmer, wurde endlich sitophobisch (Vergiftungswahn), verweigerte jede Antwort, so dass man ihn am 12. Mai 1878 auf die Irrenabtheilung verbrachte.

Bei seinem Eintritte bot der Kranke ein höchst marantisches Aussehen. Die Gesichtszüge finster, deprimirt; er blieb stundenlang auf einem Fleck stehen oder sitzen, ohne sich zu rühren, seine Bewegungen geschahen langsam und energielos. Selten gelang es, ein Wort aus ihm herauszubringen. Sehr bemerkenswerth jedoch war der kräftige, passive Widerstand, den der Kranke allen Versuchen, seine Stellung zu verändern, entgegensetzte. Spontan nahm er gar nichts zu sich, weshalb man zur künstlichen Fütterung schreiten musste. In den ersten 3 Wochen sank das Körpergewicht um 5 Kilo.

Im Laufe des Sommers trat nur insofern eine Aenderung in seinem Zustand ein, als er wieder freiwillig isst, sich jedoch unrein hält.

Am 28. August fiel er plötzlich vom Stuhle und lag steif und bewusstlos eine Viertelstunde am Boden. Der enorme passive Widerstand ist bereits seit einiger Zeit verschwunden und an dessen Stelle grosse Schlaffheit der Musculatur getreten. Kurz nach dem erwähnten Insulte waren ausser einer vermehrten Schlaffheit des rechten Armes im Vergleiche zum linken keinerlei Veränderungen am Kranken vorhanden, jedoch ass der Pat. seitdem beständig mit der linken Hand. Im weiteren Verlaufe bildet

sich eine immer deutlicher werdende Hemiparese der rechten oberen Extremität aus. Der Kranke, der im Holzhof beschäftigt werden kann, manipulirt nur noch mit dem linken Arm, während der rechte kraftlos herunterhängt.

Am 17. und 21. Sept. Insulte gleicher Art. Nach denselben keine Aenderung im Vergleiche zu vorher. In seinem psychischen Verhalten ist sogar eine leichte Besserung eingetreten, indem der Kranke etwas agiler wird und auch hier und da freiwillig etwas spricht.

Am 7. und 11. Oct. Insulte mit erst rechts-, dann beiderseitiger Convulsion und Bewusstlosigkeit.

Am 30. Oct. wird an ihm ein Tic convulsif der rechten Gesichtshälfte beobachtet, dasselbe geht kurze Zeit darauf in einen Anfall von Krämpfen der rechten Körperhälfte mit Bewusstlosigkeit über. Auch dieser Anfall hinterliess keine merkbaren Veränderungen. Das Körpergewicht, das während der künstlichen Fütterung von 57 auf 49 zurückgegangen war, war von Mitte Juni an bis August auf 58 Kg. gestiegen, wo es dann mit geringen Schwankungen keine Veränderung mehr erlitt.

Am 12. Nov. von Mitternacht an bis 4 Uhr Morgens ein Anfall von Convulsionen, die wesentlich auf den rechten Arm und das linke Bein beschränkt sind. Temperatur nach dem Anfall 39,5, fällt dann bis Abends auf 38,2, in den folgenden Tagen aber wieder normal. An diesem Tage liegt er völlig benommen da, reagirt auf kein Anrufen, zeigt aber auf schmerzhafte Berührungen lebhafte Reaction. Der Patellarsehnenreflex zeigt sich links vollkommen fehlend, während er rechts bedeutend erhöht ist.

In den folgenden Tagen befinden sich die rechten Extremitäten in dauernder Contractur, jede passive Bewegung des rechten Armes ruft Schmerzäusserungen hervor. Pat. spricht nur noch wenige Worte: auf die Frage, wie es ginge, antwortet er: „gut“. Der Urin läuft beständig ab, reagirt neutral und enthält ausser Schleim zahlreiche Vibrionen. Die Streckcontractur des rechten Beines und die Beugecontractur des rechten Armes dauert unverändert fort, dabei ist die Sensibilität völlig erhalten. Kneipt man ihn in's rechte Bein, so erfolgt an diesem keine Bewegung, dagegen macht er lebhafte abwehrende Bewegung mit dem linken sofort nach Einwirkung des Reizes. Links traten sehr starke Patellarsehnenreflexe auf, schlägt man dagegen an das rechte Lig. prop. pat., so erfolgt rechterseits kein Reaction, während das linke Bein stark zuckt. Erst bei langer Einwirkung des Reizes erfolgen auch schwache Zuckungen an der Musculatur des rechten Oberschenkels. Im Allgemeinen völlige Apathie, keine Frage wird beantwortet, die höchste Leistung ist ein schwaches „guten Morgen“. In den folgenden Tagen und zwar bis zum 24. Nov. Temperaturerhöhungen bis 38,2, von da an wieder normale Temperatur. Vom 1. Dec. ab löst sich die Contractur der rechtsseitigen Oberschenkelmuskeln, so dass passive Bewegungen vorgenommen werden können. Es stellt sich wieder der Patellarsehnenreflex ein. Der rechte Arm ist immer noch flectirt, die Finger

krampfhaft eingekrallt, die Berührung derselben erzeugt Schmerzensäusserung.

In der Nacht vom 2.—3. Dec. ein neuer Insult, der sich durch röchelnde Athmung, stieren Blick und Reactionslosigkeit des Sensoriums manifestirt. Am folgenden Tage ergiebt die Messung folgende Temperaturen: 6 Uhr 37,0, 9 Uhr 37,8, 12 Uhr 38,8, 3 Uhr 39,4, 6 Uhr 39,4, 9 Uhr 39,2; am 4. Dec. früh 6 Uhr 38,0, 12 Uhr fühlt sich die rechte Hand sehr heiss, die linke ganz kalt an, Temperatur 40,3, in beiden Achselhöhlen gleich. Auf der Lunge nichts Abnormes, Pat. geniesst Mittag Suppe ohne auffallende Schlingbeschwerden. Abends steigt die Temperatur auf 40,7, es besteht noch grosse Schmerzhaftigkeit in der rechten oberen Extremität, sonst aber völlige Apathie. Urinincontinenz besteht noch in der gleichen Weise wie früher.

5. Dec. früh 38,0, Mittags 38,8, Abends 38,5. Pat. liegt ruhig im Bette, fixirt wieder den zu ihm Herantretenden, zeigt sich für jede Berührung sehr empfindlich. In den 2 folgenden Tagen abendliche Temperatursteigerungen bis zu 40,5, die Contractur des rechten Armes ist nur noch schwach angedeutet, jedoch ist der Arm immer noch sehr hyperästhetisch. Der Kopf liegt stets nach der linken Seite gewendet. Eine Drehung nach rechts, auch nur bis zur Mittellinie, ruft lebhafte Schmerzäusserungen hervor, während eine weitere Drehung nach links ohne solche ertragen wird. Eine sichtbare Contractur von Hals- oder Kaumuskeln ist nicht vorhanden.

Am 6. früh Respiration 32, Puls fadenförmig, nicht zu zählen, am 7. früh Respiration 52, Puls 140.

Am 7. Dec. 10 Uhr Abends Exitus letalis.

Die Section ergab:

Schädeldach in der Temporalgegend auffallend dünner als in der Frontal-Scheitelgegend, woselbst reichliche Diploë. Gute Symmetrie. Dura stark injicirt, insbesondere auf der linken Seite. Pia überall milchig getrübt. Hydrocephalus ext. mit starker Verdickung der Arachnoidea, kleine Venen stark geschlängelt. Die linke Hemisphäre zeigt mächtig gefüllte Piavenen. Pia bindegewebig verdickt. Man erkennt in der linken Seitenwandgegend einen mässig prominirenden, grauröthlichen, von stark injicirten Gefässen der Pia überzogenen Tumor. Sein Umfang beträgt an der Oberfläche des Gehirnes 8 Cm. Der Durchschnitt zeigt, dass der Tumor 5,5 Cm. tief von der Oberfläche aus in's Centrum Vieussenii vorgedrungen ist. Er ist hier begrenzt von einer Erweichungshöhle voll dünnen, röthlichen Fluidums. Der Tumor ist sehr gefässreich, seine eigene Substanz weisslich grau, im weiteren Umkreis ist die Hirnsubstanz gelb erweicht. Die benachbarten Gyri gehen allmälig in die Substanz des Tumors über; die übrige Substanz des Gehirnes zeigt normale Consistenz. Pathologisch-anatomische Diagnose wurde auf Glioma teleangiectaticum cerebri; Hydroceph. ext. gestellt.

XVII. Kaspar S., 37jähriger Bauer, rec. am 18. Febr. 1880. Die

Grossmutter des Pat. stammt aus einer Familie, in der zahlreiche Geisteskrankheiten vorgekommen sind. Die Eltern sollen ganz normal gewesen sein. Von 2 Geschwistern des Pat., die vollkommen gesund sind, hat einer ein an Krämpfen leidendes Kind, das jetzt, 3 Jahre alt, noch nicht gehen kann. Von dem Pat. erzählte der Vater, dass er oft am Gefraisch wie todt hingefallen sei und dass man da kaum merkte, dass er noch Lebensgeister hatte.

In seinem 17. Jahre bekam er bei der Communion seines Bruders in der Kirche einen Krampfanfall und wurde bewusstlos hinweggebracht. Seither keine Krampferscheinungen mehr. Dagegen machte sich bei ihm eine deutliche Geistesschwäche, Abnahme des Gedächtnisses bemerkbar, die sich besonders in Geldangelegenheiten deutlich zeigte.

Er ist seit 14 Jahren verheirathet, hatte fünf Kinder, von denen eines in der ersten Lebenswoche gestorben ist, die anderen im Alter von 1—12 Jahren leben und sind gesund.

Seit Herbst 1879 wurde der Zustand des Pat. immer schlimmer. Da er in Gant kam, gingen die Gerichtsvollzieher und Juden beständig bei ihm aus und ein, worüber er sich sehr aufgeregt haben soll.

Anfang Febr. 1880 wurde er tobsüchtig, ass und trank nichts mehr und hatte beständig Schaum vor dem Mund. Auf dem Transport ins Juliusspital schrie und heulte er fortwährend und rief beständig nach Wasser.

Status rec. Pat. ist in tiefster Verwirrung und ängstlichster Erregung. Er spricht kein articulirtes Wort, sondern stöhnt beständig.

Pat. ist für sein Alter hochgradig marantisch, hat das Aussehen eines hohen Fünfzigers. Die Conjunctiva secernirt sehr stark Eiter, die Mundhöhle ist auffallend trocken, die Patellarsehnenreflexe sind angedeutet, aber schwer hervorzurufen, da er die Musculatur spannt. Gegen die Untersuchung der Brust- und Bauchorgane leistet er den heftigsten Widerstand. Er bleibt nicht im Bette liegen, läuft unruhig in der Zelle herum, wirft Bettstücke umher, hält sich beständig unrein. Der Urin kann nicht aufgefangen werden.

19. Febr. 1880. Hat jede Nahrung zurückgestossen, muss künstlich gefüttert werden, wehrt sich dabei verzweifelt, stöhnt und schreit. Abends 38,1 Temp.

20. Febr. Status idem früh 37,8 Abends 38,0.

21. Febr. Auf der Hornhaut sind beiderseits sichelförmige Geschwüre aufgetreten. Er muss, damit er den Verband nicht vom Auge reisst, in die Zwangsjacke gelegt werden. Er lässt sich jetzt flüssige Nahrung beibringen, deutet aber immer unter Schmerzensäusserungen auf den Schlund.

25. Febr. Hat noch keine zusammenhängende Worte geäussert; sehr harter Stuhl. Die Geschwüre der Hornhaut vergrössern sich trotz Verband. Die Temperatur bewegte sich in den letzten 4 Tagen innerhalb der normalen Grenzen.

29. Febr. Morgens 6 Uhr Exitus letalis. Es war in der letzten Zeit

kein Stuhl mehr erfolgt. Die psychische Verwirrung war die gleiche geblieben, flüssige Nahrung hat Pat. immer noch genommen und gehörig Urin entleert. Die ophthalmoskopische Untersuchung war wegen der getrübten Hornhaut unmöglich gewesen.

Section: Schädeldach leicht, links vorgeschoben. Dura verhältnissmässig dünn. Nach Herabnahme derselben zeigt sich an der rechten Seite an der Grenze des Occiput und Scheitelbeines eine hervorquellende flache Schwellung, die von vorn nach hinten 7 Cm., von oben nach unten $5^1/_2$ Cm. misst. Im Bereich dieser Schwellung sind die Gyri auf das Doppelte verbreitet, von grauer, transparenter Beschaffenheit. Die subarachnoidealen Räume von einer gleichfalls grau durchscheinenden Masse gefärbt; die Gyri der Vorderlappen 6 Mm. breit, während die breiteste Stelle über der Geschwulst einen Gyrus von 20 Mm. Breite aufweist. Consistenz des Gehirnes auf der linken Seite auffallend prall und elastisch. Die Arterien an der Basis sind weich und breit. Der Durchschnitt durch die Gschwulst ergiebt eine fast kugelrunde Form mit 7 Cm. Durchmesser, gelbweisse Pünktchen und Strichelchen deuten auf fettige Metamorphosen. Die Geschwulst geht vom Centrum Vieussenii aus bis an die Oberfläche und ersetzt hier die Substanz des neuen Gyrus, ohne dass deshalb die Grenze zwischen Rinden- und Marksubstanz unkenntlich wäre. An anderen Stellen geht die Geschwulst continuirlich in das Marklager der linken Hemisphäre über. Corpus striatum und Thalamus opticus sind frei.

Herzfleisch tiefroth, trocken, Klappen normal. Starkes Emphysem beider Lungen. Bronchitis catarrhalis.

Röthung des ganzen Dünndarmes, Dickdarm mit breiigen Fäcalmassen überfüllt. Parenchym der Nieren mürbe, Corticalsubstanz weisslichgrau verfärbt.

Beginnende Fettleber.

Conträre Sexualempfindung.

Diese in neuerer Zeit hauptsächlich von *Krafft-Ebing* und *Westphal* auf das Schärfste definirte und in forensischer Beziehung so eminent wichtige Anomalie der geschlechtlichen Empfindung war in ihrer ausgeprägten Form im Laufe der uns vorliegenden 10 Jahre nur durch eine Kranke vertreten. Der Fall ist ausführlich von Dr. *Gock* im Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Bd. V. pag. 564) beschrieben. Nichtsdestoweniger möchte ich hier noch einen zweiten Fall derart ausführlicher mittheilen, der zwar nicht alle Voraussetzungen, die *Krafft-Ebing* an diese Form stellt, erfüllt, bei dem die Perversität des Geschlechtstriebes erst im Anschluss an eine Psychose, die unter dem Bild der Moral insanity verlief, auftrat,

während früher, soweit wenigstens aus der Anamnese ersichtlich ist, der Geschlechtstrieb in normaler Weise befriedigt wurde, wofür auch der Umstand deutlich spricht, dass die fragliche Kranke einmal geboren hat.

XI. Margaretha S., 29 J. alt, ledige Dienstmagd, rec. 26. Nov. 1879.

Ein Geschwisterkind der Pat., ein verheiratheter Mann, erhängte sich in einem Anfall von Trübsinn, sonst ist keine Heredität vorhanden. Die Geschwister der Pat. sind vollkommen gesund.

5 Jahre vor ihrem Eintritt hat sie ein noch jetzt lebendes Kind geboren, erhebliche Krankheiten hat sie nie durchgemacht. Nach der Behauptung eines Ortsangehörigen soll sie früher als Dienstmagd und Kellnerin eine ganz tüchtige, aufgeweckte und muntere Person gewesen sein.

Anfang 1878 verliess sie ihren letzten Dienst und trieb sich beschäftigungslos herum. Ueber das, was vorausging, ist nichts in Erfahrung zu bringen. Auch sie selbst lässt sich nicht zu Angaben über die Veranlassung in der Veränderung ihres Wesens herbei. Sie trieb sich in der Folgezeit arbeitsscheu auf den Landstrassen herum, wurde mehrmals schubweise in die Heimath verbracht, entwischte aber immer wieder. Es wird weiter berichtet, dass sie, wenn sie gerade keine Lust hatte, keine Frage beantwortete, häufig blöde vor sich hin lachte, so dass die Ortsbehörde gar nicht wusste, was sie mit ihr anfangen sollte, bis man sie endlich im Nov. ds. J. als geisteskrank erkannte und ins Juliusspital verbrachte.

Hier kommt sie an mit Ungeziefer bedeckt, in sehr verkommenem Zustand. Ausser einem übelriechenden Fluor cervic. (Uterinkatarrh) findet sich nichts Abnormes an ihr, insbesondere sind die Genitalien wohlgebildet. Der Gesichtsausdruck ist gewöhnlich stumpf, gleichgültig, zeigt häufig ein Lächeln, das verächtlich gegen ihre Umgebung sein soll. Sie giebt über ihre Verhältnisse nur auf wiederholtes Fragen die nothdürftigste Auskunft in geziertem sächsischen Dialekt mit nachlässiger Betonung, ist kaum dazu zu bewegen, die Hände, die sie stets vor den Mund hält, wegzunehmen.

Nur durch Drohungen lässt sie sich hie und da zur Arbeit bewegen. Gewöhnlich spricht sie unaufgefordert gar nichts, bricht nur manchmal in unmotivirtes Schimpfen über die Wärterin aus. Bald nach ihrem Eintritt wird bemerkt, dass sie stark masturbirt, gern ihre Brüste entblösst und auf ihre Mitpatientinnen unzüchtige Angriffe macht.

Am 8. Febr. 1880 verlässt sie Nachts ihr Bett, um eine Attaque auf eine schlafende Mitpatientin zu machen, die sich aber energisch wehrt und andern Tages sehr über die Sch. klagt, „die sich ja aufführe, als ob sie ein Mann und kein Weib sei“. Darüber zur Rede gestellt, äusserte sie durchaus keine Scham, sondern sagte: „Solche Kameraden giebt es viele.“

Sie wird, da sich derartige Angriffe auf ihre Mitpatientinnen häufig wiederholten und zu den ärgerlichsten Scenen Veranlassung gaben, im allgemeinen Schlafsaale unhaltbar und daher Nachts stets isolirt.

Leider wurde sie durch ihre Ueberführung in eine andere Anstalt unserer weiteren Beobachtung entzogen. —

Zum Schlusse führe ich hier noch 2 Fälle an, die streng genommen nicht in das Gebiet der Psychiatrie gehören. Sie betreffen zwei Mädchen im Alter von 11 resp. 12 Jahren, bei denen höchst eigenthümliche choreatische resp. hysterische Krampfzustände aufgetreten waren, die durch einfache Versetzung in eine andere Umgebung (hier also durch Verbringung auf die Irrenabtheilung des Spitales), und durch psychische Einwirkung — Ablenkung der Gedanken und Fesseln der Aufmerksamkeit — zur raschen und dauernden Heilung kamen. Bei dem einen Mädchen, das früher schon neuropathische Anlagen gezeigt hatte, war die Besserung allerdings eine mehr allmälige, bei dem zweiten, das von einer exquisit hysterischen Mutter abstammt, eine sofortige. Die in jüngster Zeit gepflogenen Erhebungen ergeben nun, dass beide Mädchen sich einer guten Gesundheit erfreuen und bis zur Zeit von ihren früheren nervösen Störungen befreit geblieben sind.

XIV. Sabine H., 11jährige Schuhmacherstochter, aufgenommen 21. Juli 1878. Pat., erblich nicht belastet, ist das erstgeborne eines Zwillingspaares, dessen Geburt leicht von Statten ging; das andere Kind starb bald nach der Geburt. Pat. wurde künstlich aufgezogen, lernte erst mit 2 Jahren Laufen, ihre Geschwister sind sämmtlich gesund. Sie war stets ein schwächliches, kränkliches Kind, besuchte vom 6. Jahre die Schule, wo ihr stets das Rechnen schwergefallen sein soll. Sie zeigte von jeher ein furchtsames, schreckhaftes Wesen, war meist still für sich beschäftigt, ohne an dem Treiben der anderen Kinder theilzunehmen.

Ein Jahr vor ihrer Aufnahme litt sie einige Wochen lang an Husten. Anfang 1878 begann unter allgemeinem Krankheitsgefühl, Seitenstechen, Brennen an Händen und Füssen und verdrossener, mürrischer Stimmung ihre Erkrankung. Sie wurde bettlägerig, ass sehr wenig, schlief unruhig, wälzte sich häufig in den Kissen herum.

Anfang Juni fing sie an hie und da eigenthümliche Schreie auszustossen, anfangs seltener , in den letzten Tagen vor der Aufnahme immer häufiger und andauernder.

Am 21. Juli stellte sich gegen Mittag grosse Unruhe ein, Pat. klagte über heftiges Stechen auf der Brust, schrie paroxysmenweise wohl zehnmal hintereinander auf; sprang dann plötzlich auf eine der ihr zunächststehenden Personen los, um dieselbe nach Leibeskräften mit ihren Fäusten zu bearbeiten; dies veranlasste die Eltern, sie sogleich ins Spital zu bringen.

Die kleine Pat. ist ein schwächliches, bleiches, mangelhaft genährtes

Kind. Die körperliche Untersuchung bietet nichts Abnormes, insbesondere keine Veränderung am Herzen. Das Kind geht zu in heftiger Aufregung, weint, bittet stürmisch wieder nach Hause gelassen zu werden, läuft fortwährend im Zimmer herum, lässt sich weder zur Ruhe noch zu einer Antwort bewegen. Sein ständiges Jammern wurde in Intervallen von etwa 3 Minuten durch kurz aufeinander folgende krächzende Schreie unterbrochen, während deren es unter schmerzlichem Gesichtsausdruck sich die beiden Brustgegenden zusammendrückte und rieb.

Alsdann stürzte das Kind mit rücksichtsloser Vehemenz und mit ausgebreiteten Armen auf die nächstbeste Person los, schlug mit beiden Händen hastig auf dieselbe ein. Nach der Entfernung der Mutter wurde es in Folge einer kleinen Chloraldosis beruhigt. Die Schreianfälle wurden seltener, Pat. gab besonnene Antworten, klagte über Durst und Stechen auf der Brust. Die Nacht wurde ruhig verbracht.

Am folgenden Tage dasselbe Bild, nur unterbrochen durch mehrere Stunden Schlaf (Chloral), aus welchem sie sogleich wieder in die alten Paroxysmen verfiel. In den folgenden Tagen Steigerung der Anfälle. Bemerkenswerth ist jedoch, dass die kleine Pat. nur dann in der oben beschriebenen Weise vorwärts zu stürzen pflegte, wenn sich Personen in ihrer Nähe befanden.

Die Nahrungsaufnahme war ziemlich gut, die Besonnenheit in den Intervallen vollkommen erhalten.

Im Monat Juli wenig Veränderung. Das Kind schreit in kurzen Pausen 4—5 mal hinter einander mit krächzender Stimme, stürzt sich aber nicht mehr auf die Umstehenden los. Es hat sich ein bis zum untern Rand der 7. Rippe reichendes Lungenemphysem ausgebildet. Allnächtlich Bettpissen. Therapie: Arsen ohne allen Erfolg.

August. Status idem. In den Intervallen beantwortet es alle Fragen in verständiger Weise, schreibt auf seine Schiefertafel kalligraphische Meisterstücke. Sie klagt über stechende Schmerzen in der Brust, hie und da sei es ihr, wie wenn die Decke auf sie herunterfiele. Emphysem hat zugenommen, viel Husten. Nie eine Spur von Zittern oder Krämpfen. —

Ende August erhält sie 10 Gr. Bromkali p. die, — eine Abnahme der Schreiparoxysmen mit der Darreichung dieses Mittels ist unverkennbar. Es wird nun der Versuch gemacht, sie mit der Wärterin an der Sedanfeier auf den Festplatz zu schicken. Dort lässt sie sich offenbar durch die neuen Eindrücke soweit imponiren, dass sie nur selten ihre Zwangsbewegung mit einem Arm gegen die entgegengesetzte Schulter unter gleichzeitigem Hinaufziehen der letzteren vollführt, dabei auch nur leise krächzt. Nach mehrmaligem Wiederholen dieser Ausgänge referirt die Wärterin, dass sie sich nun schon weniger zusammennähme. Jedoch lässt sich die kleine Pat. durch Drohungen und Versprechungen, sowie durch eine mit ihr geführte Unterhaltung leicht bewegen, ihr Geschrei vorübergehend aufzugeben, nur fängt sie, sobald man sie verlassen, sofort wieder an.

Anfangs September hält sie sich auch unter Tags unrein, das nächtliche Bettnässen hat nicht aufgehört. Das Körpergewicht steht nach einigen unbedeutenden Schwankungen am 5. Sept. höher als beim Eintritt.

Am 16. Sept. tritt das gleichalterige Mädchen Herbert auf der Abtheilung ein. Die beiden Kleinen befreunden sich sofort, sitzen auf einem Stühlchen, sich fest umschlungen haltend. Kind Herbert wird beauftragt, nie zu dulden, dass ihre Altersgenossin schreit.

Am folgenden Tage schreit letzteres noch einmal. In der Nacht vom 18. auf den 19. hält sie sich zum erstenmal rein. Die folgenden Wochen kein Rückfall, dagegen versichert das Kind häufig unter Thränen, das Stechen auf der Brust habe noch nicht aufgehört und sei ganz fürchterlich.

Auch diese Beschwerden verlieren sich allmälig, nichtsdestoweniger wird Pat. noch bis zum 14. Mai 1879 auf der Abtheilung zurückgehalten, um die Nachhaltigkeit der Heilung zu erproben.

XV. Anna M. K., 12jährige Hökerstochter. Die Mutter war in ihrer Jugend stark hysterisch, andere hereditäre Momente fehlen. Pat. ist das älteste von 3 Geschwistern, die beiden jüngeren sind völlig gesund; Pat. hatte als Kind Anfälle von Fraisen, war dann aber immer gesund, lernte sehr gut in der Schule. Es scheint, dass sich besonders auch unter dem Einfluss von zu grossen Anforderungen in der Schule ein Zustand nervöser Reizbarkeit bei ihr entwickelte, als dessen Symptom neben Kopfschmerzen und Müdigkeit, besonders auch ein sehr launenhafter Appetit angegeben wird. Seit Anfang November dieses J. stellten sich die noch jetzt bei ihr regelmässig wiederkehrenden Anfälle ein, angeblich im Anschluss an eine heftige Indigestion durch übermässigen Genuss von „Krettelfleisch“. Sie bekam nun täglich immer zur gleichen Stunde zwischen 1 und 3 Uhr Nachmittags complicirte Anfälle von Krämpfen im Schlund und den Athemmuskeln, in denen sie auf dem Bett liegend unter heftigen schluchzenden Respirationsbewegungen, häufigem Ructus und heftigen Schmerzen auf der Brust stets völlig unfähig war zu sprechen und nur zwischen den krampfhaften Stössen vor Schmerz leise wimmerte. Die Anfälle dauerten immer 1—2 Stunden und hinterliessen ein Gefühl grösster Mattigkeit. Ein Versuch, durch Druck auf den Unterleib (Ovarium) den Anfall zu unterdrücken, bleibt ohne Erfolg, dagegen ist es möglich, durch starken Druck auf die seitlichen Weichtheile des Halses gegen die Wirbelsäule die Stösse von Singultus und Ructus zum Aufhören zu bringen, die Schmerzen auf der Brust werden aber dadurch nicht vermindert und Pat. zeigt, ohne noch sprechen zu können, auf die schmerzende Stelle. Ein starker faradischer Strom am Halse applicirt, bringt sie endlich zum Sprechen, aber allerdings zu einer Zeit, wo der Anfall möglicherweise seinem gewohnten Gang nach auch spontan aufgehört hätte.

Es wird nun als einziges Heilmittel den Eltern vorgeschlagen, das Mädchen sogleich in's Spital zu verbringen, was auch geschieht. Die Kleine fügt sich auch willig in den neuen Aufenthalt. Während draussen alle

Therapie mit den verschiedensten Narcoticis gänzlich unwirksam gewesen war, kehrte auf unserer Abtheilung nie mehr ein Anfall wieder. Als am ersten Tag die gewöhnliche Stunde desselben herannahte, wurde sie einfach mit der Wärterin hinaus in belebte Strassen geschickt. Anfangs klagte sie noch über Kopfschmerzen und schlechten Appetit. Nach 14 Tagen trat auch hierin eine bedeutende Besserung ein, während zu Hause öfter eine solche Abneigung gegen die Nahrungsaufnahme vorhanden gewesen war, dass der behandelnde Arzt mehrmals die künstliche Fütterung per Rectum vorgenommen hatte. Nach einem Aufenthalt von 4 Wochen wird sie als geheilt auf eindringlichen Wunsch der Mutter entlassen. Es haben sich auch seitdem ihre Anfälle nicht mehr wiederholt.

Todesursachen.

Gestorben sind im Laufe der 10 Jahre 166 Kranke und zwar 114 Männer und 52 Weiber. Selbstmorde kamen auf der weiblichen Abtheilung zwei vor. Beide an Melancholie leidende Kranke erhängten sich an dem eisernen Ofengitter ihrer Zelle. Auf der männlichen Abtheilung muss einmal Hirnerschütterung in Folge Anrennens an die Wand der Zelle als Todesursache angesehen werden. Als an Chloralvergiftung gestorben sind zwei weibliche Kranke angeführt, die eine durch Sitophobie (Vergiftungswahn) sehr herabgekommene Kranke nahm innerhalb 129 Tagen 250 Gr. Chloralhydrat, die andere ebenfalls sitophobisch, starb schon nach 46tägigem Aufenthalt, nachdem sie innerhalb dieser Zeit 112,5 Gr. genommen hatte. Ausdrücklich ist zu bemerken, dass bei beiden Kranken die Tagesdosis von 2,5 Gr. nie überschritten wurde. (Die Annahme einer Chloralvergiftung nach so verhältnissmässig geringen Dosen halte ich nicht für berechtigt. Ich hatte auf der Abtheilung die Gelegenheit wahrzunehmen, dass bei Weitem grössere, anhaltend genommene Dosen von Chloralhydrat bei ebenfalls marantischen Kranken durchaus nicht den geringsten nachtheiligen Einfluss auf das somatische Befinden ausübten. So haben wir z. B. gegenwärtig eine 68 jährige, decrepide Kranke auf der Abtheilung, die nun mehr seit 2 Jahren allabendlich 3,5 Gr. Chloral zu sich nimmt, ohne dass sich eine Aenderung in ihrem körperlichen Zustand ergeben hätte. Die Veranlassung zur Annahme einer Chloralintoxication war in den beiden beregten Fällen offenbar nur das Fehlen jedes positiven Sectionsbefundes.)

An der progressiven Paralyse gingen zu Grunde 31 Männer und 3 Weiber, an Delirium tremens 10 Männer, an Apoplexia cerebri 6 Männer und 6 Weiber, an Gehirntumoren (einmal Sarcom, achtmal Gliom) 8 Männer, 1 Weib, an Pachymeningitis haemorrhagica 4 Männer, 1 Weib, an Uraemie 2 Männer, im eklamptischen Anfall blieb ein neunjähriger Idiote (Mikrocephalus), im epileptischen Insulte 1 Mann, 2 Weiber, bei 2 Männern fand sich als Causa mortis chronische Meningitis, bei je 1 Mann Encephalitis suppurativa nach einem Beilschlag vor die Stirne (Suicidium ausserhalb der Anstalt), multiple Sclerose des Hirns und Rückenmarks, Atherose der Gehirnarterien, Myelitis spinalis diffusa; bei 1 Weib Haematom der Dura.

Von den übrigen starben an Tuberculose 12 Männer, 7 Weiber, an Pneumonie 8 Männer, 1 Weib, an Marasmus (theils durch Alter theils durch mangelhafte Nahrungsaufnahme bedingt) 6 Männer, 7 Weiber, an Phlegmone (meist nach Verletzungen, die sich die Kranken vor ihrer Aufnahme zugezogen hatten) 3 Männer, 2 Weiber, an Endocarditis und Vitium cordis 4 Männer, an Dysenterie 3 Weiber, an Caries costae mit Abscessbildung 2 Weiber, an Carcinoma ventriculi 1 Mann und 1 Weib, ferner je 1 Mann an Typhus abdominalis, Erysipelas faciei, Gangraena scroti, Perityphlitis, Caries des Felsenbeins, Septicaemie (nach enormer Selbstverstümmlung der Zunge), Enucleatio bulbi (ebenfalls Selbstverstümmlung ausserhalb der Anstalt), Tabes dorsalis, Erstickung (Verstopfung des Larynx mit einem Brodbrocken durch Verschlucken); je 1 Weib an Cholera epidemica, Carcinoma recti, Pleuritis, progressiver perniciöser Anaemie und metastatischen Abscess der Parotis.

Endlich fanden sich bei 1 Mann capillare Hirnhyperaemie und Haemorrhagien der Piagefässe, bei 1 Weib état criblé in beiden Linsenkernen.

Separatabdruck aus der „Zeitschrift f. Psychiatrie etc.“ Bd. 40.
Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.